

”Snakker jeg veldig korte setninger nå?”

*Afasi og hverdagskommunikasjon etter SunCIST*

Bente Abusdal



Masteroppgave i spesialpedagogikk

Institutt for spesialpedagogikk

Det utdanningsvitenskaplige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2013



”Snakker jeg veldig korte setninger nå?”

*Afasi og hverdagskommunikasjon etter SunCIST*

Bente Abusdal

© Bente Abusdal

2013

”Snakker jeg veldig korte setninger nå?”

Afasi og hverdagskommunikasjon etter SunCIST.

Bente Abusdal

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Bakgrunn og formål:** Når logopeder skal vurdere afasien til en person skjer det ofte i form av kliniske tester. Selv om slike tester kan være nyttige har det vist seg at de ikke alltid samsvarer med språket til personen med afasi slik det viser seg i den daglige kommunikasjonen. Målet i afasirehabilitering er at endringer i språket skal vise seg i den daglige kommunikasjonen til personer med afasi. De senere årene har mye av fokuset i afasirehabiliteringen flyttet seg fra den enkeltes språkvansker til å se på afasien i et kommunikasjonsperspektiv. Afasirehabiliteringen de senere årene har også fått økt fokus på nevrologiens betydning i realisering av språket. Sunnaas sitt intensive språktreningsprogram (SunCIST) er en rehabiliteringsmetode som prøver å endre hjernens strukturer og funksjoner for at språket skal realiseres mer effektivt. I denne rehabiliteringsmetoden ønsker man videre å påvirke den daglige kommunikasjonen til det enkelte individ som deltar. Formålet med dette studiet er å observere eventuelle endringer i den daglige kommunikasjonen til personer som har deltatt på SunCIST. Eventuelle endringer som observeres vil også drøftes om kan forklares ut fra SunCIST.

**Problemstillingen** blir da som følger: *"Vil hverdagskommunikasjonen til personer med afasi endres etter deltakelse på SunCIST?"*

**Metode:** Problemstillingen vil tilnærmes kvalitativt for å gi en fyldig og detaljert beskrivelse av hverdagskommunikasjon. Det vil være innslag av kvantitative data i studiet for å gi en bedre utdyping av fenomenet hverdagskommunikasjon. Hverdagskommunikasjon er et komplekst fenomen, hvor en ikke kan kontrollere eventuelle påvirkninger, noe som gjør at et kasusstudie er passende. Utvalget er personer med afasi som deltar på SunCIST og en kommunikasjonspartner fra deres nærmeste omgangskrets. Studiet er et intervensjonsstudie hvor SunCIST er intervensjonen. For å komme fram til et svar på problemstillingen vil data samles inn ved bruk av videoobservasjon både før og etter SunCIST. Videoopptakene analyseres ved hjelp av samtaleanalyse for å dokumentere eventuelle endringer.

**Resultater og konklusjon:** Ved sammenlikning av videoopptakene pre- og postintervensjon ble det observert en endring i kommunikasjonen til deltakerne. Det er blant annet observert endringer i initiativ, overganger til nye samtaleemner og samarbeidende reparasjoner hos

personene med afasi og kommunikasjonspartnerne deres. Formen på de observerte endringene viser at samtaleanalyse kan føre til funn som ikke nødvendigvis ville framkommet ved en klinisk test. Studiet kan ikke konkludere med at SunCIST er årsak til de observerte endringene, men drøfting opp mot teori og tidligere forskning på området viser at SunCIST kan være en mulig forklaring på endringene i hverdagskommunikasjonen.

# Forord

Det nærmer seg levering av masteroppgaven, og jeg gir fra meg dokumentet med delte følelser. Etter flere måneders arbeid er det godt å se resultater, men det er rart å tenke på at jeg skal ut av den trygge bobla jeg har oppholdt meg i de siste årene. Teori som er så spennende å lese på skal nå settes ut i praksis, og jeg både gruer og gleder meg.

Gjennom måneder med skriving, lesing og datainnsamling har jeg fått et sterkt eierskap til oppgaven. Jeg er derfor svært takknemlig for alle som har hjulpet meg på veien. Melanie Kirmess har, som veileder, innfridd alle mine forventninger, og enda mer. Jeg har fått konstruktive tilbakemeldinger, gode tips og hjelp til å komme meg videre de gangene jeg trengte det. Jeg vil også takke Melanie og Sunnaas sykehus for at jeg fikk komme og samle inn data hos deltakere på deres språktreningsprogram. Med det følger også en takk til informantene for at de gav av sin tid og energi for å gi meg det datamaterialet jeg trengte. Spesielt takk til de som stilte på nytt da lyden på videoopptaket ble ødelagt.

Jeg vil også takke flere som har brukt av sin tid for meg: Mamma for korrekturlesing og refleksjoner, pappa for samtaler om fag. Vennene mine vil jeg takke for avbrekk fra oppgaven, gode samtaler og tålmodighet. Til slutt vil jeg også takke venner jeg har fått på studiet for kaffe-pauser, "krise"-pauser, oppmuntrende-pauser, unødvendige-pauser, faglige-pauser, ski-pauser, fjase-pauser og "spark bak" når det ble for mange og lange pauser.

Oslo, Mai 2013

Bente Abusdal





# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Formål.....	1
1.2.1	Problemstilling.....	2
1.3	Oppgavens struktur .....	2
1.4	Avgrensing og begrepsintroduksjon .....	3
1.4.1	Kommunikasjon.....	3
1.4.2	Afasi.....	4
1.4.3	SunCIST.....	4
1.4.4	ICF-modellen .....	6
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>7</b>
2.1	Kommunikasjon.....	7
2.1.1	Veien til felles viten .....	7
2.1.2	Sosial verdi .....	8
2.1.3	Hverdagskommunikasjon.....	9
2.2	Språk.....	11
2.2.1	Språket i hjernen .....	11
2.2.2	Språket i bruk.....	13
2.3	Samtalen .....	15
2.3.1	Turveksling .....	16
2.3.2	Sekvenser.....	17
2.3.3	Samtaleemne.....	18
2.3.4	Kontekst .....	20
2.3.5	Reparasjon .....	20
2.4	Afasi og SunCIST i ICF-modellen .....	21
2.4.1	Afasi.....	22
2.4.2	Hjernens strukturer og funksjoner i SunCIST.....	23
2.4.3	Kommunikasjon og hverdagsliv .....	25
2.4.4	Deltakelse .....	26
2.4.5	Miljøet og personlige faktorer .....	26
<b>3</b>	<b>Metode.....</b>	<b>28</b>
3.1	Forskningens troverdighet.....	28
3.1.1	Reliabilitet .....	29
3.1.2	Validitet .....	29
3.1.3	Generalisering.....	30
3.2	Formen på studiet.....	31
3.2.1	Kvalitativt studie med kvantifisering .....	31
3.2.2	Kasus-studie .....	32
3.2.3	Intervensjon .....	32
3.3	Innsamling av datamaterialet .....	34
3.3.1	Utvalg.....	35
3.3.2	Videoobservasjon.....	37
3.3.3	Ny filming etter ødelagte opptak.....	39
3.4	Resultater og analyse .....	41
3.4.1	Samtaleanalyse.....	42
3.4.2	transkribering.....	44
3.4.3	Kvantifisering.....	46
3.4.4	Reparasjoner i samtalen.....	47

<b>4 Resultater, analyse og drøfting.....</b>	<b>48</b>
<b>4.1 Beskrivelse av kommunikasjonen .....</b>	<b>48</b>
4.1.1 Kommunikasjonspar ED.....	48
4.1.2 Kommunikasjonspar MK.....	50
<b>4.2 Åpen tilnærming .....</b>	<b>52</b>
4.2.1 Initiativ i samtalen med E .....	53
4.2.2 Overgang til nytt tema hos kommunikasjonspar MK .....	57
<b>4.3 Reparasjoner .....</b>	<b>61</b>
4.3.1 Reparasjoner hos kommunikasjonspar ED.....	62
4.3.2 Reparasjoner hos kommunikasjonspar MK.....	66
<b>5 Sammenfatning og avslutning.....</b>	<b>72</b>
5.1 Endringer i hverdagskommunikasjonen .....	72
5.2 Er SunCIST forklaringen på endringene? .....	73
5.3 Metodologiske bemerkninger .....	75
5.4 Veien videre .....	76
<b>Litteratur liste .....</b>	<b>78</b>
<b>Appendiks A, Transkripsjonssymboler .....</b>	<b>88</b>
<b>Appendiks B, informasjonsbrev .....</b>	<b>89</b>
<b>Appendiks C, tilråding fra personvern.....</b>	<b>91</b>

# Transkripsjon-, figur-, og tabelloversikt

Transkripsjon (1): Gradvis overgang til nytt samtaleemne .....	19
Transkripsjon (2): Punktuell overgang til nytt samtaleemne .....	19
Figur (1): ICF-modellen med kategorier tilpasset afasi og hverdagskommunikasjon.....	22
Transkripsjon (3): Minimale turer og responser .....	48
Transkripsjon (4): Spørsmål og svar .....	49
Figur (2): Gestikulering med finger langs bordkanten og gestikulering med hånd .....	51
Transkripsjon (5): Gester.....	52
Tabell (2): Initiativ til nye samtalesekvenser.....	53
Tabell (3): Formen på ytringene til D når reparasjonene er selvinitierte og selvreperte .....	54
Tabell (4): Overgang til nytt emne .....	58
Transkripsjon (6): Første opptak, mengde tekst på tid .....	58
Transkripsjon (7): Siste opptak, mengde tekst på tid .....	59
Tabell (5): Reparasjonskilder totalt og fordelingen mellom E og D .....	62
Tabell (6): Samarbeidende reparasjoner og lengden på dem når E produserer reparasjonskilden.....	63
Figur (3): Prosentandel reparasjoner i EDs første opptak.....	64
Figur (4): Prosentandel reparasjoner i EDs første opptak.....	65
Tabell (7): Reparasjonskilder hos MK som fører til samarbeidende- eller andreutført reparasjon .....	66
Figur (5): Prosentandel reparasjoner i MKs første opptak.....	67
Figur (6): Prosentandel reparasjoner i MKs siste opptak.....	67
Tabell (8): Hvem som tok ansvar for hva i MK sine reparasjoner i første opptak.	68
Tabell (9): Hvem som tok ansvar for hva i MK sine reparasjoner i siste opptak....	68



# 1 Innledning

”Snakker jeg veldig korte setninger nå?” spør personen med afasi sin datter. Spørsmålet stilles etter at personen har brukt de tre siste ukene på Sunnaas sitt intensive språktreningsprogram (SunCIST). Når dette utsagnet er noe av det første en person spør sin datter etter tre uker med språktrening blir jeg nysgjerrig på hva det kan fortelle oss. Dette utsagnet, samt flere sider ved kommunikasjonen til deltakere ved SunCIST vil studeres i denne oppgaven.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som student i praksis har jeg ofte hørt logopeders si at det er frustrerende når det som læres på logopedkontoret ser ut til å forsvinne på vei ut døra. Tydelig språkkontekst og lite forvirrende begreper kan gjøre at en person presterer bedre hos logopeden enn han gjør hjemme (Pulvermüller & Berthier, 2008). På den andre siden kan kliniske tester vise at språket er dårligere enn den funksjonelle kommunikasjonen tilsier (Goodwin, 2003). Selv med bare tre ord i sitt vokabular kan en person kommunisere ganske bra med sine nærmeste (Goodwin, 1995). De senere årene har forskning innen nevrologi og nevropsykologi ført til et større fokus på nevrorehabilitering innen afasi (Berthier & Pulvermüller, 2011). Rehabiliteringen har også fokusert på å se språkvansken i et kommunikasjons-perspektiv de senere årene (Simmons-Mackie, 2008). Det kan kanskje virke paradoksalt at både språket i hjernen og språket i bruk har fått større fokus på samme tid, men en kan se hvordan noen rehabiliteringsmetoder tar høyde for begge vinklingene. Et eksempel er Constraint Induced Speech Therapy (CIST), som prøver å endre hjernens strukturer og funksjoner, men ønsker å se virkningen i dagliglivet til den enkelte (Meinzer, Elbert, Djundja, Taub, & Rockstroh, 2007). SunCIST, som er utgangspunktet i dette studiet, er basert på CIST (Becker, Kirmess, Günther, & Hvistendahl, 2012). Forskning viser at CIST fører til endringer i språket både i akutt og kronisk fase (Berthier & Pulvermüller, 2011). Det er likevel få studier som viser noe om hvordan disse endringene viser seg i hverdagskommunikasjon.

## 1.2 Formål

Når språket ikke viser seg likt i rehabiliteringen og i dagliglivet vil det være ekstra viktig å undersøke hvilke rehabiliteringsformer som fører til at kommunikasjonen i dagliglivet påvirkes. Det er i dagliglivet en ønsker å se resultater av rehabiliteringen (Carragher, Conroy, Sage, & Wilkinson, 2012). CIST ønsker som sagt å endre hjernens strukturer og funksjoner

(Meinzer et al., 2007). Selv om CIST ønsker å endre hjernenes struktur og funksjoner vil de se virkningen i dagliglivet til personene med afasi (Meinzer et al., 2007). Fordi språket ikke alltid viser seg likt hos logopedene og i dagliglivet, ønsker jeg å se om en rehabiliteringsmetode som har gode kliniske resultater også påvirker hverdagskommunikasjonen til de som deltar. Jeg ønsker derfor å studere om kommunikasjonen i det daglige livet til deltakere på SunCIST (som er basert på CIST) endrer seg.

### **1.2.1 Problemstilling**

Jeg har valgt problemstillingen: *"Vil hverdagskommunikasjonen til personer med afasi endres etter deltakelse på SunCIST?"*. Når jeg skal svare på problemstillingen vil jeg observere hverdagskommunikasjonen til personer som har deltatt på SunCIST, og se om det har oppstått endringer den. Enten observerer jeg en endring, eller så observerer jeg ikke en endring. Hvis jeg ikke observerer endringer vil jeg drøfte hvorfor jeg ikke ser det, og hvordan jeg tenker endringer ville vist seg dersom de hadde vært tilstede. Dersom jeg observerer endringer i hverdagskommunikasjonen vil jeg drøfte hvorvidt opprinnelsen til endringene kan forklares ut fra SunCIST. Fordi det ikke er så mange som har sett på hverdagskommunikasjon og SunCIST ønsker jeg å beskrive kommunikasjonen detaljert. Jeg ønsker ikke å svare på kausale forhold mellom eventuelle endringer og SunCIST, men vil se om teori og eksisterende forskning kan gi en logisk forklaring på eventuelle endringer i hverdagskommunikasjon. Hvis jeg skulle trukket kausale slutninger måtte studiet vært kvantitativt (Domholdt, 2005), og jeg ville ikke hatt mulighet til å gå inn på detaljer i kommunikasjonen. Jeg ønsker å beskrive kommunikasjonen detaljert fordi det kan være med å finne nyanser og endringer i kommunikasjonen som en kanskje ikke ser ved en kvantitativ innfallsvinkel (Flyvbjerg, 2010).

## **1.3 Oppgavens struktur**

Under overskriften "1.4 avgrensing og begrepsintroduksjon" som presenteres nedenfor vil jeg introdusere begrepene kommunikasjon, afasi, SunCIST og verdens helseorganisasjon (WHO) sin modell for internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF-modellen). Jeg introduserer disse begrepene i innledningen fordi jeg mener de danner et nødvendig bakteppe for å forstå hvilke begreper jeg fokuserer på og hvordan jeg har lagt opp teoridelen. Oppgaven videre er delt inn i tre hoveddeler samt en avslutning. De tre delene består av teori, metode og en del hvor jeg presenterer resultater og analyserer samt drøfter.

Oppgavens tre hoveddeler vil starte med en presentasjon og begrunnelse av den enkeltes del sin struktur. I dette avsnittet vil jeg derfor bare grovt forklare hvordan oppgaven er lagt opp. Teoridelen vil være firedelt hvor delene består av kommunikasjon, språk, samtale og til slutt afasi og SunCIST i ICF-modellen. Metodedelen starter med en forklaring på hva som må til for at forskningen skal ha troverdighet. Her blir begrepene reliabilitet, validitet og generalisering introdusert. Videre vil formen på studiet og datainnsamling presenteres. Til slutt i metodedelen kommer jeg inn på resultater og analyse av datamaterialet. I den tredje hoveddelen vil jeg begynne med å beskrive deltakernes kommunikasjon, så vil jeg beskrive hva jeg observerte i datamaterialet når jeg gikk inn med en åpen tilnærming til hva jeg kunne finne. Etter det presenterer jeg hva jeg observerer når jeg går inn i datamaterialet med et fokus på reparasjoner i samtalen. Jeg vil analysere og drøfte resultatene kontinuerlig. Til slutt i oppgaven vil jeg som sagt sammenfatte studiet i en avslutning.

## **1.4 Avgrensing og begrepsintroduksjon**

I de følgende avsnittene kommer jeg nærmere inn på hva som legges i begrepene kommunikasjon, afasi, SunCIST og ICF-modellen. Begrepene presenteres i adskilte avsnitt hvor jeg også forklarer andre begreper og avgrensinger etter hvert som det fremkommer av teksten. Mekanismene for språk og samtale er de samme i hverdagskommunikasjon som i kommunikasjon så når jeg forklarer begrepene kommunikasjon, språk og samtale vil det også gjelde for hverdagskommunikasjon. Dersom det er sider ved kommunikasjonen, språket og samtalen som gjelder spesielt for hverdagskommunikasjon vil dette spesifiseres underveis.

### **1.4.1 Kommunikasjon**

I teorien vil jeg ta for meg sidene ved kommunikasjonsbegrepet jeg mener er relevante ut fra problemstillingen. Dette gjør at begrepene afasi og SunCIST påvirker vinklingen av kommunikasjonsbegrepet. Kommunikasjon er et stort tema og det vil verken være hensiktsmessig, eller mulig, å dekke alle sider ved dette begrepet. Kommunikasjon er en daglig aktivitet som, de fleste, ikke ilegger bevisst fokus. En kan høre folk si ”de snakket over hodene på hverandre”, eller ”han er på en annen planet”. Slike utsagn kan være indikasjoner på at kommunikasjonen ikke fungerte optimalt i en viss situasjon. For mange stopper bevisstgjøringen rundt kommunikasjonen ved et slik utsagn. Men hva er egentlig kommunikasjon? Og hvem har skylden hvis kommunikasjonen ikke fungerer optimalt? Dewey (1916) skriver at ”communication is a process of sharing experience till it becomes a

common possession” (s.12). Det vil med andre ord si at kommunikasjon innebærer deling av erfaringer, og at disse erfaringene skal bli felleseie. Innen det språkvitenskapelige fagfeltet må kommunikasjonen, eller delingen av erfaringer, være intendert (Lind, 2005c).

### **1.4.2 Afasi**

Reinvang (1978) definerer afasi som en ”språkdefekt etter hjerneskade hos et individ som har gjennomgått normal språklig utvikling inntil tidspunktet for skaden” (s.11). Hallowell og Chapey (2008) har en mer utbroderende definisjon, og sier at afasi er: ”an acquired communication disorder caused by brain damage, characterized by an impairment of language modalities: speaking, listening, reading, and writing; it is not the result of a sensory or motor deficit, a general intellectual deficit, confusion or a psychiatric disorder” (s. 3). Denne definisjonen forteller oss at afasi er en type kommunikasjonsvanske. Skal kommunikasjonsvansken kalles afasi må den ha oppstått ved at hjernen skades. Afasien viser seg ved at personen kan ha vansker med enten snakking, lytting, skriving og lesing, eller flere av disse fire språkmodalitetene. Dersom kommunikasjonsvansken skyldes sensorikk eller motorikk kalles det ikke afasi. Personer med afasi har ikke vansker med fysisk å oppfatte hva som blir sagt. De har vansker med å forstå det. Kommunikasjonsvanskene skyldes altså vansker med språkprosesser i hjernen og ikke problemer med å utføre disse oppgavene motorisk eller sensorisk. For at det skal kalles afasi må heller ikke generell intellektuell nedsettelse, forvirring eller psykiatriske diagnoser være årsaken til vanskene som viser seg (Hallowell & Chapey, 2008).

### **1.4.3 SunCIST**

En endring kan forklares som en forandring eller en omgjøring (Gundersen, 2002). Personer med afasi har ofte et sterkt ønske om å snakke bedre (Kirmess, 2007). Det vil med andre ord si at de fleste med afasi ønsker å se en endring i språket. Lind og Haaland-Johansen (2010) skriver at å rehabilitere vil si ”å gjøre noen skikket på nytt, å gjenoppbygge eller sette i funksjonsdyktig stand igjen” (s.83). En kan med andre ord si at rehabilitering av en funksjon er å gjøre en endring til det bedre. Når jeg ser på endringer i dette studiet vil jeg ikke vurdere om endringene er til det bedre, men observere om det er en forandring i kommunikasjonen til deltakerne. Når en snakker om rehabilitering i språklig sammenheng er det ulike meninger om hvilken terminologi en skal bruke. Noen mener en bør kalle aktiviteten i rehabilitering for terapi, andre behandling og noen igjen undervisning. Jeg mener begrepene terapi og



behandling kan forbindes med at noen påfører personen med afasi noe som fører til en endring. Undervisning synes jeg bærer med seg et skjevt forhold hvor den som underviser har fasiten. I rehabilitering må personen med afasi gjøre mye av arbeidet selv. På samme måte som idrettsutøvere har en trener for å motivere, veilede og presse dem til å yte sitt beste tenker jeg logopeden fungerer som en motivator og veileder som kan bidra med kunnskap og tilrettelegging for den enkeltes nivå. Likevel må personen med afasi, som idrettsutøveren, selv gjennomføre treningen. Jeg vil derfor bruke begrepet språktrening når jeg refererer til selve gjennomføringen av SunCIST eller andre rehabiliteringsmetoder.

SunCIST er som sagt basert på CIST (Becker et al., 2012). For å få en større forståelse av SunCIST kan en altså se nærmere på CIST. I forskning har CIST flere navn som: Intensive language-action therapy (ILAT), constraint induced aphasia therapy (CIAT) og constraint induced language therapy (CILT) (Kirmess, 2011). I denne oppgaven vil jeg bruke begrepet CIST og SunCIST. De gangene jeg skriver om forskning som er gjort spesifikt på ILAT, CIAT, CILT eller CIST vil jeg bruke begrepet CIST. Fordi det er lite som er skrevet om SunCIST vil jeg bruke kilder på CIST for å forklare hvordan SunCIST er lagt opp. Jeg har vært med å observere hvordan SunCIST fungerer så når jeg bruker CIST for å forklare, vil jeg trekke ut sidene ved CIST som jeg så bli brukt på Sunnaas. CIST er en behavioristisk tilnærming (Kirmess, 2007). Behavioristene mener at mange nok erfaringer med et fenomen gjør at en til slutt forventer at senere erfaringer skal være like (Passer et al., 2009). Når en bruker talespråket mindre mener en innen nevrovitenskapen at det vil føre til et enda dårligere språk (Meinzer et al., 2007). På samme måte mener man i CIST at en person kan gjøre seg mange erfaringer med at talespråket ikke fungerer bra nok, og derfor begynne å forenkle språket sitt (Difrancesco, Pulvermüller, & Mohr, 2012). Direkte oversatt betyr CIST ”terapi bevirket av begrensning eller tvang” (Kirmess, 2007). Begrensningen eller tvangen handler ikke om å utsette noen for en uønsket, men peker på å bruke den delen av språket personen med afasi har lært seg til å ikke bruke (Difrancesco et al., 2012).

SunCIST er et språktreningsprogram som tilbys på Sunnaas sykehus (Kirmess, Becker, Hvistendahl, & Günther, 2012). Språktreningsprogrammet er et intensivt gruppetilbud for personer med afasi og omfatter et tre ukers opphold på sykehuset for inntil seks personer om gangen (Kirmess et al., 2012). I løpet av oppholdet vil personene med afasi ha omtrent 45 timer med strukturert språktrening (Kirmess et al., 2012). Selve språktreningen skjer i en aktivitet, normalt kortspill, hvor det legges opp til at kommunikasjonen skal være så lik

dagligdags kommunikasjon som mulig, med etterspørsel, forventninger, retningsgiving, planlegging, historiefortelling og oppklaringer (Difrancesco et al., 2012). Mellom deltakerne er det fysiske skiller som gjør at man må bruke mer av talespråket (Difrancesco et al., 2012). Behaviorister mener at ytre påvirkninger kan kontrollere læring (Passer et al., 2009). I CIST kan logopeden oppmuntre til ønsket aktivitet eller talespråkproduksjon ved selv å være modell og komme med tilbakemeldinger og tilpasse kommunikasjonen til den enkeltes nivå (Difrancesco et al., 2012). SunCIST legger også opp til gruppeaktiviteter som fokuserer på det psykososiale og fysiske aspektet. Gruppeaktivitetene kan for eksempel være mosjonsgrupper, lunsjgrupper, Nintendo Wii-spill eller dataspill, hvor hensikten er å bli godt kjent, skape et godt læringsmiljø og legge til rette for kommunikasjon i uformelle og naturlige situasjoner (Kirmess et al., 2012). Kortspillaktiviteten i CIST (og SunCIST) er basert på Wittgensteins tanker om språkleker som legger til rette for at språket aktiviseres i en handlingskontekst (Difrancesco et al., 2012). Når jeg skriver om det som Wittgenstein og en del av forskerne innen CIST kaller for språkleker, har jeg i samarbeid med veileder kommet fram til å bruke begrepet kortspillaktivitet. Begrepet språklek kan føre med seg antakelser om at dette bare er et spill og lite seriøst. Ved å kalle det en kortspillaktivitet peker jeg på at kortspillet er en nøye gjennomtenkt aktivitet for å trene opp språket.

#### **1.4.4 ICF-modellen**

ICF-modellen vil vise hvordan ulike diagnoser og vansker må forstås holistisk (Hallowell & Chapey, 2008). Med andre ord vil det si at en ikke kan se på en persons afasi isolert. En må se på alle komponenter i livet til personen som opplever vansken dersom en skal få en forståelse av hva som påvirker utfallet (World Health Organization, 2002). Afasi dreier seg ikke bare om en språkvanske, men vil også vise seg som vansker i kommunikasjon med andre og gjennomføring av tidligere dagligdagse aktiviteter (Simmons-Mackie, 2008). CIST er som nevnt en rehabiliteringsmetode som fokuserer på hvordan nevrologien påvirker afasien, og ønsker å se endringer i dagliglivet til personen med afasi (Meinzer et al., 2007). En må altså se afasi og SunCIST fra flere vinkler dersom man skal forstå begrepene fullt ut. Ved å se på afasi og SunCIST i ICF-modellen er målet å gi en bredere forståelse av hva afasi er og hvordan SunCIST fungerer.

## 2 Teori

Teorikapitlet er delt inn i fire deler. Jeg ønsker å ha en tilnærming hvor jeg presenterer det generelle før det spesielle og velger derfor at den første delen i teorien skal omhandle kommunikasjon. I avsnittet om kommunikasjon viser jeg hvordan kommunikasjon kan ses på som veien til felles viten. Videre kommer jeg inn på kommunikasjonens sosiale verdi og begrepet hverdagskommunikasjon. Under delen om språk vil jeg forklare hva språk er med et fokus på språket i hjernen og språket i bruk. I den tredje delen som omhandler samtalen kommer jeg inn på ulike aspekter ved en samtale. I den fjerde og siste delen vil jeg ta utgangspunkt i de enkelte delene av ICF-modellen og forklare hvordan afasi og SunCIST kan relateres til enkeltdelene, og modellen som helhet.

### 2.1 Kommunikasjon

I innledningen skrev jeg at kommunikasjon handler om deling av erfaringer som skal bli felleseie (Dewey, 1916). At erfaringer skal deles og bli til felleseie, har en også fokus på innen intersubjektivitet. Begrepet intersubjektivitet kan defineres som felles forståelse og koordinasjon rundt en felles aktivitet (Duranti, 1997). Rommetveit (1972) formidler også at kommunikasjonshandlingen kjennetegnes ved en persons intensjon om å gjøre noe kjent for en annen. Ruesch og Bateson (2008) mener derimot at kommunikasjon handler om mer enn intensjonelle handlinger. Det handler om alle prosesser hvor en person påvirker en annen. Det vil si at alt en gjør har et kommunikativt aspekt så lenge det persiperes eller tolkes av andre og har en påvirkning (Ruesch & Bateson, 2008). En person kan altså kommunisere noe til andre uten selv å ha intendert det. Dette er et interessant syn som viser at kommunikasjon ikke bare handler om hva man sier, men også hvordan man tolker og legger handlinger mening. Selv om (Ruesch & Bateson, 2008) mener kommunikasjon handler om mer enn intenderte handlinger, utelukker det likevel ikke at kommunikasjon også kan være intendert. I denne oppgaven vil fokuset være på den intensjonelle delen av kommunikasjonsbegrepet, og da kan det se ut til at de fleste enes om at kommunikasjon innebærer å dele noe som blir til felles viten.

#### 2.1.1 Veien til felles viten

Ser en noen tiår tilbake i tid var de fleste enige om at informasjon blir felleseie ved hjelp av overføringsmetaforen som sier at en "sender" koder et budskap og overfører det til en

”mottaker” ved hjelp av et språklig medium som kan være skriftlig, muntlig eller visuelt (Dysthe, 2001). Med tiden har det oppstått motargumenter til overføringsmetaforen, eller den lineære kommunikasjonsmodellen som den også blir kalt. Overføringsmetaforen forutsetter en passiv mottaker, og det er sjeldent tilfelle. Bakhtin og Rommetveit mener man ikke kan overføre et budskap til en mottaker, og begge har lagt frem teorier om at kommunikasjon er dialogisk (Dysthe, 2001). Dialogisk kommunikasjon vil si at forståelse og mening er et resultat av samarbeid mellom deltakere i kommunikasjonen (Dysthe, 2001). Bakhtin bruker metaforer som ”bro mellom to parter” eller ”en gnist mellom to elektriske poler” og understreker at kommunikasjon krever aktive deltakere, og ikke ”avsendere og mottakere” (Dysthe, 2001).

Hvilken modell som legges til grunn gir ulike svar i skyldspørsmålet. Baseres svaret på overføringsmetaforen vil avsenderen ha all skyld dersom kommunikasjonen ikke går bra. Ser man på kommunikasjon som dialogisk vil det være samarbeidet mellom avsender og mottaker som er skyld i den mangelfulle kommunikasjonen, og ansvaret må fordeles. Personer som ikke har vansker med språket opplever antakelig ikke problemer med kommunikasjonen ofte nok til at de bryr seg med skyldspørsmålet. En person med afasi vil som oftest se at vanskelighetene i kommunikasjonen oppstår når han skal bidra i kommunikasjonen. At en person med afasi ser på seg selv som årsaken til vanskelighetene i kommunikasjonen utelukker ikke den dialogiske forklaringen på kommunikasjon. En person med afasi vil nok erfare at kommunikasjonen går lettere med noen personer i forhold til andre. Ved å se at kommunikasjonen ikke er lik med alle personer må personen med afasi også erkjenne at kommunikasjon ikke bare er et resultat av egne ferdigheter. Söker man etter svar på om den dialogiske eller lineære modellen for kommunikasjon er riktig vil man ifølge Wertsch (1991) ikke finne noe enkelt svar. Wertsch (1991) mener begge modellene har ført med seg viktig innsikt i hvordan kommunikasjonsprosessen foregår og at en bør ta med seg deler fra begge modellene. Ulik forståelse av hvordan kommunikasjonen foregår kan likevel bety enighet i målet med kommunikasjonen; å gjøre noe til felles viten.

### **2.1.2 Sosial verdi**

Ovenfor er det transaksjonsbaserte ved kommunikasjon i fokus. Transaksjonsbasert fokus vil si at overføring eller utveksling av informasjon står sentralt (Simmons-Mackie & Damico, 1995). Informasjonsutveksling er en viktig del av kommunikasjonen, men ikke hele. Ofte er

selve interaksjonen viktigere enn det en sier (Simmons-Mackie & Damico, 1995). Ved at interaksjonen er i fokus kan kommunikasjonen også være intendert og bevisst, men innholdet er ikke like viktig som bygging eller vedlikehold av relasjoner. Dersom en skal definere kommunikativ kompetanse bør aspekter ved både transaksjon og interaksjon belyses (Simmons-Mackie & Damico, 1995). Dersom formålet med en samtale er det sosiale aspektet trenger man ikke nødvendigvis å få fram det nøyaktige meningsinnholdet. Ved å ha interaksjonen i fokus kan samtalepartneren fremme gleden ved å kommunisere og oppmuntre personen med afasi til å ta del i kommunikasjonen (Simmons-Mackie & Damico, 1995). Dersom interaksjonen er i fokus i kommunikasjonen kan en bevege seg videre i kommunikasjonen i stedet for å stå fast i en slitsom prosess der en prøver å formidle en tanke eller idé, fordi samspillet mellom personene er viktigere enn utvekslingen av informasjon.

### **2.1.3 Hverdagskommunikasjon**

Avhengig av målet med kommunikasjonen vil den altså vise seg forskjellig i ulike settinger. Rollen til en person med afasi vil være annerledes i møte med en lege i motsetning til en av sine nærmeste (Lind, 2005b). I en samtale med legen er personen med afasi en del av en institusjon hvor en har en bestemt rolle overfor, og relasjon til legen. Med denne rollen følger visse rettigheter og plikter til oppførsel i samhandlingen som bare til en viss grad kan endres (Lind, 2005b). Familien kan også ses på som en form for institusjon hvor en har en viss rolle og relasjoner til andre, men graden av formalitet i en familie og hos legen vil ikke være den samme (Røste, 2006). Når en samtale foregår i ulike sammenhenger sier vi at kommunikasjonshandlingen foregår i ulike kontekster (Lind, 2005c). Det er ofte vanlig å skille mellom språklig kontekst, situasjonskontekst og kulturkontekst (Lind, 2005c). I beskrivelse av hverdagskommunikasjon vil situasjonskonteksten være relevant. Den omfatter deltakerne i kommunikasjonen, det de kommunikativt foretar seg, tidspunktet og stedet for kommunikasjonen og det mediet deltakerne bruker for å kommunisere (Lind, 2005c). Medier som kan brukes i kommunikasjon er talen, lytting, lesing og skriving (Hallowell & Chapey, 2008).

En person med afasi kan erfare at en rolle de tidligere hadde i en institusjon, som for eksempel familien, kan endres etter skaden (Simmons-Mackie, 2008). Personen med afasi kan inkluderes fysisk i en sosial kontekst, men ikke bli gitt muligheten til å påvirke kommunikasjonen i stor grad (Simmons-Mackie, 2008). Når en selv ikke deltar, eller er med

å påvirke, passiviseres en (Skjervheim, 1996). Skjervheim (1996) skriver at en kan objektivere sin omverden ved at en oppfatter det andre sier som et faktum, noe som ikke kan diskuteres. En person med afasi vil nok ikke nødvendigvis oppfatte det andre sier som et faktum, men det kan tenkes at personer med afasi, i mange sammenhenger, har en opplevelse av ikke å kunne diskutere eller påvirke fordi de ikke slipper til. Personer med afasi kan også selv oppleve å bli behandlet som et objekt, afatikerer, ved at andre ikke er villige til å ta meningene hans opp til diskusjon eller ettertanke (Skjervheim, 1996). Det er altså sannsynlig at en person med afasi opplever å ekskluderes eller ikke bli vurdert som en likeverdig deltaker i kommunikasjonen. Den nærmeste omgangskretsen til personer med afasi vil nok vite at det er språket, og ikke kunnskapen og erfaringene til personen med afasi, som er skadet. Da vil de antakelig også legge mer til rette for at personer med afasi får være med å påvirke situasjonen og dermed bli en likeverdig deltaker i kommunikasjonen. En kan med andre ord tenke seg at hverdagskommunikasjonen er preget av et forhold hvor ingen er objekter. Det vil også føre med seg at både personen med afasi og samtalepartneren skal være aktive deltakere og at en ikke kan sitte passivt å la den andre styre kommunikasjonen.

Kommunikasjon innebærer at en skal hjelpe å forstå hverandre mest mulig effektivt, eller med andre ord med minst mulig innsats (Simmons-Mackie, 2008). Dette kaller Grice (2000) for samarbeidsprinsippet og med det menes at deltakerne i kommunikasjonen skal ha et felles kommunikativt mål med samtalen og bidrag skal være målrettede og relevante ut fra konteksten. I samhandling med personer som har afasi bærer ofte kommunikasjonspartneren et større ansvar fram til felles forståelse (Linebaugh, Kryzer, Oden, & Myers, 2006). Sånn sett vil det nok alltid være et skjevt forhold, men selv om ansvaret i kommunikasjonen er skjevt så trenger ikke det bety at bare den ene parten er aktiv. Personer med afasi vil nok på lik linje med sin kommunikasjonspartner ha et ønske om å få fram det intenderte ved å bruke den mest effektive metoden. En vil kanskje få inntrykk av at bidraget deres i kommunikasjonen ikke er spesielt fremmede for en effektiv informasjonsdeling, men det kan likevel ha vært deres intensjon å gjøre det mest mulig effektivt. Skal en, ut fra det foregående, beskrive hverdagskommunikasjon kan det defineres som kommunikasjon som foregår mellom "likeverdige" personer som ser hverandre jevnlig og samhandler om for dem dagligdagse ting. På en mest mulig effektiv måte oppnår de intersubjektivitet. Kommunikasjonen foregår med det språklige mediet de bruker til vanlig og på et tidspunkt og sted hvor det føles naturlig for dem å være. Med andre ord vil hverdagskommunikasjonen

være preget av kommunikasjons handlinger de normalt sett foretar seg i dagligdagse situasjoner.

## **2.2 Språk**

Når mennesker kommuniserer bruker de språket (Lind, 2005c). Ved mellommenneskelig kommunikasjon er språket som oftest i talt form, men kan også være ikke-verbalt (Norrzell, 2008). For eksempel kan gester, tegn, kroppsholdning, øyekontakt og rødming i tillegg til variasjoner i stemme være med å fortelle noe i kommunikasjonen (Rygvdal, 2008). Talen består av lyder, men skal disse lydene ha en funksjon i kommunikasjonen må de være meningsbærende. Er lydene meningsbærende kalles de språk tegn og blir innlært og lagret i et språklig system i hjernen (Rørbech, 2010). Det er altså ulike prosesser som sørger for produksjon av lyd og planlegging av lyder som språk tegn. Språkvanskene til personene med afasi skyldes vansker med planleggingen av lyder som språk tegn og ikke det å produsere eller artikulere en lyd (Hallowell & Chapey, 2008). Målet ved bruk av CIST er reorganiseringer i hjernen, som skal vise seg ved at språket bedres (Meinzer et al., 2007). En følge av dette målet er naturlig nok et fokus på hjernens strukturer og funksjoner, altså språket i hjernen. Selv om fokuset er på endringer i hjernen er likevel en del av målet at språket i bruk skal bli bedre (Meinzer et al., 2007).

### **2.2.1 Språket i hjernen**

I arbeidet med språk vil noen deler av hjernen være viktigere enn andre deler. Den delen av hjernen som er mest relevant for språket er hjernebarken, cerebral cortex (Pulvermüller, 2002). Områder i hjernen som er viktige for realiseringen av språk er noe en lenge har vært opptatt av. Tidlig på 1800-tallet foreslo Franz Joseph Gall at spesifikke deler av hjernen er viktige i medieringen av ulike kognitive funksjoner (Heilman, 2008). Området i hjernen som er mest ansvarlig for talespråket er oppkalt etter nevrologen Paul Broca fordi han oppdaget denne delen av hjernens funksjon (Ellertsen & Johnsen, 2008). Området for språkforståelse har fått navnet sitt etter Karl Wernicke (Meinzer et al., 2007). I tillegg til områdene som har hovedansvar for språket spiller nervecellene og banene de lager en viktig rolle i språket (Petrides & Pandya, 2008). Det er altså ikke slik at bare et par områder i hjernen er aleneforsørgende for språket. Det avhenger av flere områder og funksjoner (Pulvermüller, 2002). Et fullstendig bilde av språkprosessen i hjernen mangler fortsatt, og da spesielt delen for organisering av nervernes nettverk. Til tross for dette vet man at noe er direkte involvert i

språkfunksjoner, mens andre strukturer og funksjoner har en mer indirekte rolle (Petrides & Pandya, 2008).

At CIST prøver å endre hjernens strukturer og funksjoner impliserer at hjernen kan endres. I denne sammenheng er det naturlig se på hjernens plastisitet. Begrepet plastisitet fokuserer på at hjernen ikke er statisk, men har evnen til å endre seg (Dietrichs, 2007). Det er først de senere årene kunnskapen om plastisitet har skutt fart, og enda er en langt unna svar på de mange spørsmålene som stilles rundt fenomenet plastisitet (Raskin, 2011). Likevel vet en noe om dette begrepet. Blant annet vet en at endringer kan skje på mange nivåer i nervesystemet, men også ved at et område i hjernen overtar funksjonen til andre deler (Kolb, Cioe, & Williams, 2011), vel å merke så lenge dette områdets oppgaver ikke er fast etablert (Bryhn & Hetland, 2008). Et eksempel på hvordan endringer i nervesystemet kan oppstå er ved det som kalles Hebbs lov: "nerve cells that fire together wire together" (Pulvermüller & Berthier, 2008, s. 565). Det vil si at nerveceller som ofte er aktive samtidig vil styrke sin kobling til hverandre. Forbindelsen mellom de gjeldende nervecellene blir altså sterkere. På den måten kan en lære at to fenomener som ofte opptrer samtidig hører sammen (Pulvermüller & Berthier, 2008). Synapser, eller koblinger mellom hjerneceller, kan også svekkes ved at fenomener opptrer uavhengig av hverandre (Pulvermüller & Berthier, 2008). To fenomener som sjeldent opptrer samtidig vil altså svekke sine assosiasjoner til hverandre. En person med afasi kan som resultat av skaden ha mistet eller svekket forbindelsen mellom et ord og meningen ordet representerer. Det blir med andre ord vanskelig å finne det ordet som skal uttrykke hva en mener (Pulvermüller & Berthier, 2008). Ved å gi personen med afasi mange erfaringer med et fenomen og ordet som refererer til fenomenet kan en altså styrke koblingen mellom hjernecellene som sørger for at et ord linkes til riktig fenomen.

En vanlig antakelse er at barns hjerner er mer plastiske. Dette stemmer til en viss grad fordi hjernens plastisitet avtar med alder (Dalin et al., 2008). En kan likevel ikke konkludere med at hjernen til et barn er mer plastisk enn hos en voksen. Hjernens kapasitet til strukturell og funksjonell plastisitet gjennom hele livet (Raymer et al., 2008). Endringer vil også være områdeavhengig (Kolb et al., 2011). Det vil si at ulike deler av hjernen responderer forskjellig på påvirkningene de utsettes for. I tillegg til at ulike områder i hjernen påvirkes i forskjellig grad vil tidligere erfaringer og påvirkninger være med å bestemme om, og i hvilken grad, senere påvirkninger fører til endring (Kolb et al., 2011). Selv om hjernen er plastisk også i frisk tilstand får ofte begrepet ekstra fokus når hjernen er skadet. Et prinsipp



som utnytter plastisiteten er det om lært ikke-bruk. Prinsippet om lært ikke-bruk peker på at en skade kan få større utfall enn den skulle tilsi. En motorisk svikt som følge av skade på nervesystemet vil være påvirket av skaden i seg selv i tillegg til et læringsfenomen som går ut på at en lærer seg til å undertrykke en bevegelse (Taub, Uswatte, Mark, & Morris, 2006). Er den venstre armen skadet kan en spesielt i den første fasen etter skaden oppleve at armen ikke har samme funksjon som før. En får kanskje flere negative erfaringer ved bruk av armen og velger i stedet å bruke høyre arm når en skal gjennomføre visse oppgaver og opplever på den måten mestrings. Når armen brukes mindre vil det føre til at området i hjernen som sørger for den venstre armens bevegelse også blir mindre (Taub et al., 2006). På samme måte som høyre arm kan ta over deler av den venstre armens sin funksjon kan en person endre måten å kommunisere på ved for eksempel å bytte ut deler av talespråket med gester og peking (Pulvermüller & Berthier, 2008). Den delen av hjernen som er ansvarlig for en bevegelse kan øke i størrelse ved intensiv trening (Dietrichs, 2007). Ved å hindre de overtagende funksjonene i å gjøre sin nye oppgave kan en fremme bruken av de gamle funksjonene (Taub et al., 2006). I CIST fremmer en for eksempel bruk av talespråk ved å redusere bruken av gester og peking i en treningssituasjon slik at personen med afasi kan hjelpes til å utnytte sitt språklige potensiale (Pulvermüller & Berthier, 2008).

Lært ikke-bruk kan altså være positivt i den forstand at en person finner nye måter å kommunisere på, men negativt på den måten at resterende funksjoner etter skaden kan gå tapt. I skadet tilstand vil hjernen bli plassert i en salgs dynamisk tilstand, som gjør at den er lettere tilgjengelig for omorganisering enn den normalt sett er (Jones, 2011). Den dynamiske tilstanden kan utnyttes i rehabilitering. Prinsipper, i tillegg til lært ikke-bruk, som ser ut til å påvirke hjernens plastisitet, da med fokus på afasirehabilitering, er: timing, repetisjon, intensitet, særegenhet, generalisering, ”saliency” og forstyrrelser (Leon, Maher, & Rothi, 2011). Prinsippene sier noe om hvilket tidspunkt, bruk av hvilke funksjoner, antall ganger, hvor ofte og hva slags oppgaver som er foretrukne for å utnytte hjernens plastisitet til det fulle (Leon et al., 2011).

### **2.2.2 Språket i bruk**

Tradisjonell måling av språkvansker har vist seg å ikke korrelere positivt med evnen til å kommunisere i naturlige kommunikasjonssammenhenger (Goodwin, 2003). Det at språktestene ikke er et nøyaktig mål på hverdagskommunikasjon, kan være en påminner om at språket i bruk er mer enn summen av delene. Med andre ord, språket i bruk er mer enn

summen på språktester utført på logopedens kontor. Språket i bruk er det samme som pragmatikken, som vil si bruk og tolkning av språket i sosiale situasjoner (Ahlsén & Nettelbladt, 2008; Bloom & Lahey, 1978). Bloom og Lahey (1978) framstiller pragmatikken sammen med innhold og form hvor alle tre komponentene er likestilt og sammen representerer språket. Innholdet vil si hva en person prater om eller hvordan han forstår signaler, altså semantikken. Formen handler om hvordan lyder og signaler kombineres, som innebefatter fonologi, morfologi og syntaks (Bloom & Lahey, 1978). Owens Jr. (2010) mener logopeder ofte har for sterkt fokus på enkeltdimensjonene ved språket og at en derfor må ta mer høyde for konteksten når en skal forklare hvordan språket brukes. Pragmatikken er altså så viktig at formen og innholdet i kommunikasjonen blir understilt denne. Uavhengig av hvordan pragmatikken framstilles er språket et kombinatorisk system. Det vil si at språket er satt sammen av mindre deler med regler for hvordan disse delene kan kombineres (Kristoffersen, 2005). Ved hjelp av kommunikasjonsstrategier kan en person med afasi kompensere for manglende språklige ferdigheter (Lind, 2000). Om en person kan produsere riktig form av et ord er kanskje ikke så viktig så lenge han kan bruke språket, både det verbale og ikke-verbale, til å gjøre seg forstått i en kommunikativ sammenheng.

I tillegg til at pragmatikken omfatter hva man velger å si ut fra det man vet om lytter og kontekst, handler den også om hvorfor man velger å si noe (Bloom & Lahey, 1978). Det vil si at pragmatikk også handler om at språket kan brukes til å gjøre noe (Duranti, 1997). Bronislaw Malinowsky, Searl, Wittgenstein og John L. Austin snakker om at språket kan utføre handlinger (Duranti, 1997). Eksempelvis gjør en mer enn å uttale ordet ”ja” under en vielse sesseremoni; man inngår en pakt (Duranti, 1997). Wittgenstein mener man lærer et språk best dersom man får ordene presentert i handlingen eller aktiviteten som de naturlig hører hjemme i, i motsetning til å lære hva ordene betyr ved å peke på objektet som ordene refererer til. ”Pekemetoden” er også legitim når man skal lære ord, men er ikke like anvendelig (Duranti, 1997). Wittgenstein bruker ofte en spillmetafor når han skal forklare hvordan språket brukes. Han mener det å forstå et ord i en setning er som å forstå et trekk i et spill, hvor man må vite hvordan man skal utføre handlingen. I tillegg omfatter trekk i spill å sammenligne forskjellige muligheter og forestille seg hvordan et trekk, eller en ytring, vil påvirke kommende ytringer (Duranti, 1997). Med andre ord se for seg hvordan en samtalepartner vil reagere på en. Spillmetaforen impliserer også at samme ytring vil oppfattes ulikt i to forskjellige kontekster, eksempelvis ved at en erfaren sjakkspiller tolker trekk ulikt fra en amatør (Duranti, 1997). Språket brukes altså på mange måter. Hvem en snakker med

vil påvirke språket for eksempel ved at en tilpasser nivået på ytringer til den man snakker med (Duranti, 1997). Hvordan man skal tolke det som blir sagt vil ofte avhenge av konteksten (Duranti, 1997). Er man i et rom hvor et vindu står åpent og noen uttrykker; ”står det et vindu åpent her? Jeg synes det trekker” så kan man ut fra konteksten forstå at personen med dette utsagnet ønsker å få noen til å lukke vinduet, eller sjekke om det er flere i rommet som også synes det er kaldt. Dersom en bare ser på ytringen om vinduet som et informativt utsagn uten å ta høyde for at språket også kan brukes til andre ting, vil en miste store deler av språkets aspekt.

## **2.3 Samtalen**

En av de mest utbredte formene for bruk av språk er samtalen (Liddicoat, 2007). ”En samtale er en muntlig tekst skapt i et her-og-nå fellesskap av to eller flere deltakere som veksler på å gi språklige og ikke-språklige bidrag i løpet av samtaler som er strukturert i sekvenser” (Lind, 2005b, s. 124). Begrepene ”muntlig” og ”tekst” slik de brukes i dagligdags form er for mange motstridende fordi en tenker at tekst er noe skriftlig. I denne sammenhengen derimot vil tekst innebære at det som blir sagt skal henge sammen og ha en funksjon i samtalen (Lind, 2005c). Det vil si at ordene man produserer skal kunne settes sammen til noe som er forståelig og har en sammenheng, samt et formål (Lind, 2005c). Samtaler har også et her-og-nå fellesskap som vil si at deltakerne deler samme situasjonskontekst (Lind, 2005c). Situasjonskontekst utdypes i avsnitt 2.3.4. Det at to eller flere deltakere veksler på å gi språklige og ikke-språklige bidrag vil si at en bytter på å komme med bidrag i samtalen, og at bidragene kan være av språklig eller ikke språklig karakter (Lind, 2005b). At bidragene blir gitt i samtaler som er strukturert i sekvenser forklares nærmere under punkt 2.3.1 og 2.3.2

Når språkvansker viser seg i en naturlig setting skjer det som regel i en samtale (Goodwin, 2003). Måten de viser seg på vil være at de avviker fra noe som blir sett på som normalt. Dette impliserer at det finnes regler for hvordan samtaler skal være. Noam Chomsky (1965) kaller disse reglene for en persons språklige kompetanse og forklarer dette som taleren og lytterens kunnskaper om sitt språk. Selve utførelsen av språket i konkrete situasjoner, som for eksempel i en samtale, kaller han for utførelse. Chomsky (1965) mener en ikke kan trekke slutninger om en persons språklige kompetanse ut fra hans utførelse i en samtale. I samtaler vil en blant annet oppdage falske starter, avvik fra reglene og endringer av utførelsesplan midt i en setning, noe som viser hvor uryddig en samtale er (Chomsky, 1965). Selv med

kunnskap om språket som tilsier at en kan gjennomføre en samtale uten feil mener altså Chomsky (1965) at det likevel vil oppstå avvik fra regler i en naturlig samtale og at en i lingvistikken bør være mer opptatt av å se på det som ligger bak den faktiske atferden. I samtaleanalyse er en derimot mer opptatt av å se på hva som faktisk skjer i selve samtalen (Wilkinson, 1999). De falske startene, avvikene fra reglene og endringer i utførelsesplan midt i setninger som Chomsky (1965) oppfatter som uryddige, vil en i samtaleanalyse se på som sider ved kommunikasjonen som deltakerne kan oppfatte som systematiske og relevante aspekter ved samtalen (Wilkinson, 1999). I samtaleanalyse forutsetter en altså at samtaler er et organisert og ryddig resultat av deltakernes måte å snakke med og tolke hverandre (Wilkinson, 1999).

### **2.3.1 Turveksling**

Deltakernes måter å snakke med og tolke hverandres bidrag på skjer i turer (Wilkinson, 1999). De som tar del i samtalen snakker altså i tur, eller de veksler på å komme med bidrag. Dette kalles turveksling (Lind, 2005b). Lengden på bidraget, eller turen, er ikke konstant (Sacks, Schegloff Emanuel, & Jefferson, 1974). Det vil si at en tur ikke har en bestemt størrelse. Ved potensielle turskiftepunkt kan andre deltakere i samtalen komme med bidrag (Lind, 2005b). Den samme personen som pratet før det potensielle turskiftepunktet kan også komme med en ny tur etter et turskiftepunkt (Sacks et al., 1974). Det finnes ulike signaler i en samtale som kan indikere at et potensielt turskiftepunkt nærmer seg (Lind, 2005b). Ved å kjenne igjen signalene kan en forberede seg og starte sin samtaleturn umiddelbart etter et potensielt turskiftepunkt (Lind, 2005b). Ofte starter nestemann sin tur før den første turen er helt over. Det kalles overlapping og kan også skje dersom to personer starter en tur på likt (Sacks et al., 1974). En skiller mellom overlapping og avbrytelser ved at overlappinger skjer rundt et potensielt turskiftepunkt og har et kort tidsintervall, mens avbrytelser forekommer når en person begynner å snakke midt inni en annens tur (Sacks, 2004). Overlapping skjer i alle samtaler og er en del av systemet i en samtale, mens avbrytelser ikke er en naturlig del av samtalsystemet (Sacks, 2004). Selv om det forekommer overlappinger mellom turer kjennetegnes samtaler ved at det, som oftest, er én person som prater om gangen (Sacks et al., 1974). På samme måte som overlapping er en normal del av samtalen er også forekomst av gap normalt (Sacks, 2004). Et gap er et opphold i samtalen hvor ingen prater. Dette oppholdet varer ikke lenge og skjer typisk i et potensielt turskiftepunkt. Dersom oppholdet i samtalen

forekommer midt i en persons samtale er det ikke lenger et gap, men en pause, og ikke karakteristika ved en normal samtale (Sacks, 2004).

### **2.3.2 Sekvenser**

Det er sjeldent man finner en samtale stående alene. En samtale er, som oftest, en del av en sekvens. Det vil si at samtalen står i sammenheng med andre samtaler og er organisert systematisk (Liddicoat, 2007). Plasseringen til en samtale i en sekvens er med å bestemme hvordan ytringen skal tolkes (Lind, 2005b). Dersom en sekvens består av to samtaler som er sterkt avhengig av hverandre kalles sekvensen for et avpasset par (Lind, 2000). Et avpasset par består av to ytringer som kommer etter hverandre og er produsert av to forskjellige personer. Den andre ytringen er et svar til den første ytringen og før den andre personen produserer ytringen må han bestemme hvordan han vil tolke det initierende utsagnet. I tillegg vil den første ytringen bære med seg en forventning om et visst type svar (Duranti, 1997). For eksempel forventer en et utfyllende svar dersom man stiller et åpent spørsmål. Forventningen om en viss type respons, og at den som skal svare tolker det som er sagt før han responderer, gjør at avpassede par har en sterk link til intersubjektivitet (Duranti, 1997). Med andre ord vil også Grice sitt samarbeidsprinsipp om felles kommunikativt mål og målrettede og relevante bidrag bli virkeliggjort i et avpasset par (Sveen, 2005).

Noen ganger kan det nok være vanskelig å oppnå intersubjektivitet i en samtale med personer som har afasi. For eksempel vil ofte den delen av det avpassede paret som personen med afasi produserer, bestå av en minimal tur (Lesser & Milroy, 1993). En minimal tur kan for eksempel være ord som mhm, ja, nei, uhm, eh og åh, og kan være vanskelig å vite om man skal tolke som en egen tur, respons eller fyllord (Lesser & Milroy, 1993). Kvantiteten på de minimale turene en person med afasi produserer i en samtale kan se ut til å være påvirket av fordelingen av det kommunikative ansvaret i samtalen (Lesser & Milroy, 1993). Får personer med afasi mye hjelp i samtalen, og ikke møter så store forventninger om produksjon av fulle turer kan det se ut til at de også produserer flere minimale turer eller responser (Lesser & Milroy, 1993). Når den minimale turen likevel er produsert og samtalepartnerna trenger mer informasjon, kan han stille oppfølger spørsmål. Når en stiller oppfølgerspørsmål avbryter en kommunikasjonen midlertidig, og det dannes en sidesekvens (Lind, 2000). Selv om avbrytelser og metakommunikasjon noen ganger er nødvendig for å føre samtalen videre, kan for mye av det gjøre at personen med afasi produserer flere ettordsytringer (Kirmess & Lind,

2011). Dersom den minimale turen produseres fordi personen med afasi leter etter et ord kan samtalepartneren være til hjelp ved at de samarbeider om å finne ordet. Hvis samtalepartneren skjønner hvilket ord personen med afasi skal fram til kan han hjelpe til ved å prompte. Å prompte vil i dette tilfellet si at samtalepartneren sier første (initierende) lyd i ordet personen med afasi ønsker å produsere (målordet), men ikke klarer å finne (Meinzer et al., 2007). Dersom samtalepartneren ikke vet hvilket ord personen med afasi vil fram til oppstår ofte en såkalt hint-and-guess sekvens, eller med andre ord en hint-gjett sekvens. En hint-gjett sekvens går ut på at en person gir hint eller prøver å forklare hva han mener, mens samtalepartneren gjetter (Milroy & Perkins, 1992). Hint-gjett sekvensene varer over flere turer (Laakso & Klippi, 1999). En sekvens trenger altså ikke bare bestå av et avpasset par. Sekvenser kan også bestå av flere turer og kalles utvidede sekvenser (Liddicoat, 2007; Lind, 2000). Presekvenser som er en forberedelse til en hovedsekvens (Lind, 2000) og sidesekvenser vil altså være med å bestemme hvor lang tid man bruker på å snakke om et tema. Lengden på sekvensen kan nok også avhenge av hvor mange utvidende turer deltakerne i samtalen produserer. En utvidet tur vil si at man utvider emnet med en fortellende tur, en kommentar eller en vurdering (Klippi, 1996).

### **2.3.3 Samtaleemne**

Det man prater om i sekvensene kalles samtaleemnet (Lesser & Milroy, 1993). Emnet, eller meningsinnholdet, er en av de viktigste delene i en samtale (Lind, 2000). Meningsinnholdet vil først og fremst vil være i fokus i transaksjonsbasert kommunikasjon, mens en i den interaksjonelle kommunikasjonen er mer opptatt av det relasjonelle (Simmons-Mackie & Damico, 1995). I kommunikasjon samarbeider en om å finne en felles mening, eller man ønsker å oppnå intersubjektivitet med felles forståelse, og koordinasjon rundt en felles aktivitet (Duranti, 1997). Det vil si at en sammen arbeider med å videreutvikle et emne. Selv om kommunikasjonen rundt et emne skjer i samarbeid er det ofte en person som innleder emnet. En innleder et emne med å begynne på en ny sekvens (Klippi, 1996). En sier at den som introduserer det nye emnet "eier" det. Det vil si at personen som introduserer emnet har en rett og plikt til å videreutvikle emnet. For en person med afasi kan det være vanskelig å utvikle emnet videre (Lind, 2000). En introduksjon av et nytt emne kan være gradvis eller punktuell. Et gradvis skifte av emne skjer dersom det ikke er en klar overgang mellom emnene (Lind, 2000). For eksempel ved at en perifer del av det første emnet blir gjort om til å være hovedelementet i et nytt emne (Svennevig, 1995, ref. i Lind, 2000). Det kan man se et

eksempel på i transkripsjon (1) nedenfor som er tatt fra datamaterialet mitt. Pilen indikerer hvor det gradvise emneskiftet skjer. Teksten før transkripsjon (1) handler om hvor vanskelig ekteparet synes det er å bestemme seg for hvilken film de skal se samt ulike sjangre og humøruttrykk i filmer.

- M: men (3.0) i alle fall "Alphaville" var jo ikke trist  
K: nei det er jo ikke noe trist film det da (4.0)  
litt sånn kompliserte følelser og sånn det liksom  
M: ja.

**Transkripsjon (1):** Gradvis overgang til nytt samtaleemne

I Transkripsjon (1) ser en at personen med afasi gradvis endrer emnet til å dreie seg om en bestemt film som har et humøruttrykk. Han tar altså utgangspunkt i en perifer del av det kona har sagt og vrir det over på et nytt emne. Overgangen forekommer selv om det forrige temaet ikke er fullstendig avsluttet. Dersom man avslutter emnet fullstendig før et nytt introduseres kalles emneskiftet for punktuelt (Lind, 2000). En tydelig avslutning kan for eksempel være lengre pauser, langsommere turveksling, en evaluerende og/eller poengterende ytring og sekvenser av minimale responsytringer (Lind, 2000). Et eksempel på et punktuelt emneskifte vises i eksempelet under. Ekteparet snakker om gjesping og funksjonen den har.

- K: det er i vertfall sånn godt å gjespe (1.0) kunstig gjesping  
(3.5)  
K: nei men jeg synes du snakket veldig godt som sagt  
M: m.:  
(8.0)  
→ K: jeg skal sende melding til Oda jeg da igjen om at du er her i to uker til  
M: (3.0) ja

**Transkripsjon (2):** Punktuell overgang til nytt samtaleemne

I Transkripsjon (2) forekommer det to punktuelle emneskifter. Det foregående emnet er avsluttet ved at ekteparet har nådd et potensielt turskiftepunkt i samtalen som markeres med lengre pauser. I begge de to punktuelle emneskiftene er det samtalepartneren til personen med afasi som introduserer det nye emnet. Dette er ofte normalt i samtaler med personer som har afasi. Et forsøk gjennomført av Mentis og Prutting (1991) referert i Lind (2000) viser at personer med språkskader kan ha større problemer enn sine friske samtalepartnere med å introdusere og opprettholde emner.

### **2.3.4 Kontekst**

Samtaler rundt et emne foregår alltid i en sammenheng, eller med andre ord i en kontekst (Lind, 2005c). Konteksten påvirker samtalen, og samtalen kan igjen påvirke konteksten. Vi skiller, som nevnt under punkt 2.1.3, ofte mellom språklig kontekst, situasjonskontekst og kultur kontekst (Lind, 2005c). I en samtale vil den språklige konteksten være det som har vært sagt tidligere. Hvordan man tolker en ytring eller hvordan man presenterer en ytring vil alltid være preget av tidligere ytringer (Lind, 2005c). Ytringen ”det regner!” vil tolkes veldig ulikt i en samtale hvor en bonde har uttrykt at avlingen ikke vokser fordi det ikke regner nok til en samtale hvor en person nettopp har snakket om hvor mye hun gleder seg til å dra på stranda. Situasjonskonteksten dreier seg om deltakerne i kommunikasjonen, hva de snakker om, tidspunktet de snakker og hvor samtalen finner sted (Lind, 2005c). Kulturkonteksten refererer til det at en bestemt kultur har sine mønstre for samhandling som er gjenkjennbare og forutsetter en viss type oppførsel i bestemte situasjoner (Lind, 2005c). For eksempel er det i Norge en slags norm som sier at en i større byer ikke skal se på folk og si ”hei” når man går forbi, men dersom man er på fjelltur skal man kikke opp på de man møter, smile og nikke, eller si ”hei”. Det blir ofte rapportert at personer med afasi fungerer bedre i en funksjonell kommunikasjonssammenheng i forhold til det de klarer å få vist på kliniske tester (Goodwin, 2003). En forklaring på dette kan være at personene med afasi kan utnytte konteksten i en samtale (Røste, 2006). For eksempel kan de peke på ting i rommet hvis de ikke kommer på et ord.

### **2.3.5 Reparasjon**

I samtaler oppstår det ofte vanskeligheter eller misforståelser (Liddicoat, 2007). Mekanismene en bruker for å rette opp i disse vanskelighetene eller misforståelsene kalles reparasjoner (Booth & Perkins, 1999). Det er ofte fenomener som assosieres med reparasjon som gjør at afasi synliggjøres i en samtale (Goodwin, 2003). Fenomener som assosieres med reparasjon kan blant annet være lydforlengelser, lydavbrytelser, pauser, ordleting og ord som uh og uhm (Liddicoat, 2007). Disse fenomenene er altså det som repareres eller med andre ord reparasjonskilden i samtalen. De er ikke alltid at en reparasjonskilde fører til en reparasjon (Liddicoat, 2007), og dersom den gjør det så utføres ikke reparasjonen på samme måte hver gang (Schegloff, Jefferson, & Sacks, 1977). Det beste er hvis den som har produsert reparasjonskilden gjennomfører reparasjonen selv. Da sier man at vansken i kommunikasjonen er selv-reparert (Schegloff et al., 1977). En reparasjon kan også være



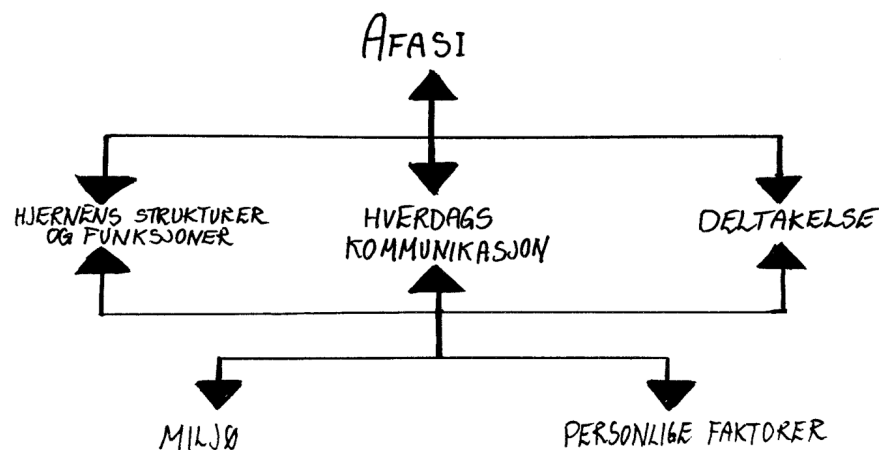
utført av andre og kalles da andre-reparert (Schegloff et al., 1977). Uavhengig av hvem som produserer reparasjonskilden og hvem som reparerer kan hvem som helst i samtalen initiere en reparasjon. Å initiere en reparasjon vil si å påpeke misforståelser eller vanskeligheter i kommunikasjonen (Schegloff et al., 1977). Reparasjoner er et sensitivt område og den som har produsert reparasjonskilden står i fare for å "tape ansikt" dersom reparasjonen utføres på en lite tilfredsstillende måte. Dersom reparasjonskilden skyldes at en person har en vanske med kommunikasjonen kan reparasjonen av denne reparasjonskilden true selvbildet til personen med kommunikasjonsvansen (Perkins, 2003). Hvis det er personer som står en nært som utfører reparasjonen vil det ikke oppfattes like truende for selvbildet som hvis det er noen som er mer perifer som reparerer (Booth & Perkins, 1999).

Reparasjoner kan skje i samme tur som reparasjonskilden oppstår, i det potensielle turskiftepunktet etter reparasjonskilden, i påfølgende tur etter reparasjonskilden (andre turs reparasjon) eller i den tredje eller fjerde turen som da henholdsvis kalles tredje og fjerde turs reparasjon (Liddicoat, 2007). Uavhengig av når reparasjonen starter kan den vare over flere turer. Normal vil reparasjonen være ferdig utført innen den tredje turen etter reparasjonskilden (Booth & Perkins, 1999). I samhandling med personer som har afasi vil det ofte ta lengre tid før en reparasjon er gjennomført (Perkins, 2003). Reparasjoner i samtaler med personer som har afasi vil ofte være mer komplekse enn de man ser i normale samtaler (Milroy & Perkins, 1992). Reparasjonen kan da vare over flere turer og skjer ofte i samarbeid mellom personen med afasi og samtalepartneren (Milroy & Perkins, 1992). Milroy og Perkins (1992) mener man lettere kan forstå hvordan reparasjonene skjer i samtaler med personer som har afasi ved å se på Clark og Schaefer (1989) sin modell for samarbeid i samtaler. Modellen går ut på at deltakere i samarbeid arbeider for å forstå hva den andre mener. En person produserer en ytring som lytteren gir en tilbakemelding på, så kan han som ytret noe igjen bekrefte eller avkrefte lytterens forståelse av ytringen (Clark & Schaefer, 1989). Noe av det samme ser man i hint-gjett sekvensene som ble nevnt under punk 2.3.2. I samtaler hvor personer med afasi deltar må altså deltakerne ofte samarbeide dersom samtalen skal repareres (Laakso, 2003).

## **2.4 Afasi og SunCIST i ICF-modellen**

ICF er en god modell for å beskrive utfallet av afasi hos en person (Tompkins, Scott, & Scharp, 2008). Den skiller mellom tre ulike nivåer av fungering. De tre nivåene er kroppens

strukturer og funksjoner, aktivitet og deltakelse (Tompkins et al., 2008). Dette er tre ganske generelle kategorier eller nivåer, som kan endres til å være mer spesifikke når en ser på en enkelt helsetilstand som afasi (Hallowell & Chapey, 2008). Nedenfor presenteres ICF-modellen der de generelle kategoriene er byttet ut med spesifikke kategorier som gjelder for personer med afasi og deres kommunikasjon i hverdagen (med utgangspunkt i Hallowell & Chapey, 2008, sin inndeling).



**Figur (1):** ICF-modellen med kategorier tilpasset afasi og hverdagskommunikasjon

Øverst i modellen er helsetilstanden spesifisert til å gjelde afasi. Kroppens strukturer og funksjoner er byttet ut med hjernens strukturer og funksjoner (Patterson & Chapey, 2008). Aktivitetskategorien omfatter hvordan helsetilstanden påvirker den enkeltes aktiviteter og hverdagsliv (Tompkins et al., 2008). I dette tilfellet vil det si hvordan afasien påvirker kommunikasjonen i hverdagslivet. Kategorien deltakelse blir stående slik den gjør i den generelle ICF-modellen. Mer utdypet handler deltakelse om hvordan vansken eller skaden til en person påvirker den sosiale rollen og livssituasjonen til den enkelte (Tompkins et al., 2008). Miljøet og personlige faktorer blir også stående likt som i den generelle modellen og peker blant annet på forhold til og støtte fra andre, støtte systemer og reguleringer rundt personen med afasi, fysiske miljømessige faktorer, innstillingen til personer rundt han med afasi og personen selv (Hallowell & Chapey, 2008).

### 2.4.1 Afasi

Under punkt 1.4.2 ble afasi framstilt som en kommunikasjonsvanske med visse årsaker liggende til grunn og utdyping av hvilke faktorer som ikke fører til afasi. Skal en måle utfallet av afasien, eller hvordan den framtrer hos den enkelte vil det ikke være nok å bare se på

årsaker eller hvilke språkmodaliteter som er skadet (Lubinski, 2008). ICF-modellen viser hvordan afasien kommer til uttrykk på ulike måter alt etter hvilken innfallsvinkel man har når man ser på afasien (Hallowell & Chapey, 2008). Det vil med andre ord si at afasien til en person viser seg annerledes dersom en fokuserer på hjernens strukturer og funksjoner i forhold til hvis en ser på afasien med fokus på personens deltakelse i et sosialt miljø. Hvordan de ulike kategoriene eller nivåene ser på afasi vil bli utdypet nedenfor. I tillegg til å vise at afasi kan forstås på ulike måter viser også ICF-modellen at ulike faktorer i en persons liv og miljøet rundt påvirker hvordan afasien fremtrer og påvirkningen den får i den enkeltes liv (Hallowell & Chapey, 2008). En får altså et mer holistisk eller mer utdypende bilde av hva afasi er og interaksjonen mellom de komplekse tilstandene hos det enkelte individ og dens miljø ved å bruke ICF-modellen (Hallowell & Chapey, 2008).

#### **2.4.2 Hjernens strukturer og funksjoner i SunCIST**

Under punkt 2.2.1 ble det forklart hvordan hjernens strukturer og funksjoner påvirker språket og hvordan hjernens plastisitet gjør at disse strukturene og funksjonene endres gjennom hele livet, også etter skader. Ved å endre på hjernens strukturer og funksjoner kan en også påvirke en persons afasi (Meinzer et al., 2007). SunCIST er, som beskrevet under punkt 1.4.3, en rehabiliteringsmetode som prøver å benytte det en vet om hjernens plastisitet til å endre hjernens strukturer og funksjoner. Dersom en måler virkningen av rehabilitering ved å se på endringer i hjernens strukturer og funksjoner har man en skadebasert tilnærming i arbeidet sitt (Thompson & Worrall, 2008). Den skadebaserte retningen er opptatt av selve vansken og bygger på nevrovitenskapen (Thompson & Worrall, 2008). En retning innen rehabilitering i afasi som utnytter prinsipper fra nevrovitenskapen er ILAT. ILAT er en hovedbetegnelse på rehabiliteringsformer som kombinerer språk-handling og intensiv trening (Difrancesco et al., 2012). CIST er den mest anvendte rehabiliteringsmetoden innen de intensive språkhandlingsterapiene (Difrancesco et al., 2012). ILAT bygger på tre hovedprinsipper som er dedusert fra nevrovitenskapen (Pulvermüller & Berthier, 2008). Disse terapi prinsippene er (I) maksimere kvantitet og frekvens (antall timer generelt og antall timer per undervisningsbolke), (II) praktisere språk i relaterte handlingskontekster (III) fokusering på treningen av personens resterende språk-muligheter, spesielt de som ikke tas i bruk (Pulvermüller & Berthier, 2008).

Det første prinsippet om å maksimere kvantitet og frekvens dreier seg om å ha nok tid til trening slik at man oppnår mange nok erfaringer med fenomener som opptrer samtidig. I språktreningen kan en altså ut fra prinsippet til Hebb (Pulvermüller & Berthier, 2008) forklare at styrken på koblinger mellom nevroner øker, men dersom en ikke har de samme erfaringene utenfor treningssituasjonen kan en oppleve å miste effekten av treningen. Derfor vil et visst antall timer over en periode på en viss lengde være nødvendig (Pulvermüller & Berthier, 2008). Personene som deltar på SunCIST har språktrening flere timer om dagen, fem dager i uken, tre uker i strekk (Becker, 2012; Becker et al., 2012). I tillegg legges det opp til situasjoner hvor deltakerne skal bruke språket aktivt også utenom selve språktreningen (Kirmess et al., 2012). CIST fokuserer også på at ytringene som produseres skal være riktig formulert. Personen med afasi skal slippe å streve lenge med å produsere en ytring riktig, og i stedet for å prøve seg fram selv skal han henvende seg til logopeden for støtte og hjelp (Maher et al., 2006). Ved å oppfordre til korrekt produserte ytringer i en handlingskontekst, legger en til rette for at Hebb sin tanke om at kontakten mellom hjerneceller som realiserer språket styrkes. Prinsipp nummer to som sier at språket skal praktiseres i relaterte handlingskontekster tar utgangspunkt i Ludwig Wittgenstein (1953, referert i Pulvermüller & Berthier, 2008) sitt sitat om at "language is woven into action" (s.568). Det vil si at rehabiliteringen foregår i situasjoner hvor språket er realisert i handlingskontekster eller i en sammenheng som innebærer en aktivitet. Dette er et prinsipp i rehabiliteringen, fordi det har vist seg at systemene i hjernen for persepsjon og handling aktiveres samtidig som systemene for språk. Ved å aktivere en handling kan en også aktivere språket (Pulvermüller & Berthier, 2008).

I CIST har en videreutviklet PACE (Promoting aphasics' communicative effectiveness). PACE er med å fremme spontan kommunikasjon ved hjelp av tegninger, bilder og annen visuell stimuli (Davis & Wilcox, 1985, ref. i Diffrancesco et al., 2012). I videreutviklingen av PACE brukte de Wittgensteins spillmetafor, som er nevnt under avsnitt 2.2.2. Spillmetaforen og PACE var utgangspunktet for å lage ulike språkspill som legger til rette for trening i ulike kommunikasjonsformer, inkludert spørsmål, samarbeid i planlegging, fortelling og vise retninger i kommunikasjonen (Diffrancesco et al., 2012). Ut fra om kommunikasjonen er suksessfull, og logopeden som rollemodell, vil personen med afasi guides i hvordan kommunikasjonen bør være (Diffrancesco et al., 2012). Kortspillaktivitet er terapirammen i CIST (Pulvermüller & Berthier, 2008). Talespråket kombineres med ikke-språklige handlinger i en aktivitet som er i form av spill (Diffrancesco et al., 2012). Selv om CIST

prøver å legge til rette for at kommunikasjonen i treningen skal likne dagligdags kommunikasjon, så tilsvarer det nok likevel ikke helt den frie kommunikasjonen som en ser i hverdagskommunikasjon. Det vil man sjeldent få når en legger opp kommunikasjonen i en situasjon som krever en bestemt måte å handle på, som en ser i kortspill.

Det tredje prinsippet i CIST sier at en skal fokusere på den delen av språket som ikke er i bruk, eller det en har lært seg til ikke å bruke (Pulvermüller & Berthier, 2008). Det innebærer mer bruk av talespråket, og mindre av gester og peking. Det er likevel viktig å huske at mindre gester og peking ikke er et mål i seg selv. Dersom gestene fremmer talespråket oppmuntres personene med afasi til å bruke dem. Det er når gestene blir til hinder for talespråket at personene med afasi oppmuntres til å bruke det mindre (Difrancesco et al., 2012). I CIST sitter en med skjermer foran seg som fungerer som visuelle hindre for å stimulere til bruk av talespråk (Kirmess, 2011; Skjelstad & Kirmess, 2010). Det fokuseres også på at en ikke skal presse personene lengre enn det som er innenfor deres utviklingspotensial (Difrancesco et al., 2012). Det vil si at dersom produksjonen av bare talespråk er utenfor rekkevidde for en person er det greit å bruke gester og peking, og da gjerne som en hjelp for å aktivere mer talespråk.

### **2.4.3 Kommunikasjon og hverdagsliv**

Hvis en ut fra ICF-modellen skal se hvor SunCIST intervensjoner skjer altså det i kategorien for hjernens strukturer og funksjoner, men det er ikke bare her en ønsker å se virkningene av intervensjonen. I rehabiliteringen har en som nevnt også et ønske om at endringene skal kunne observeres i dagliglivet til den enkelte (Meinzer et al., 2007). En kan se endringer i feilkilder og språkets kompleksitet når innholdet og konteksten i en samtale endrer seg (Pulvermüller & Berthier, 2008). Det er naturlig å tenke seg at både innholdet i kommunikasjonen og konteksten er forandret fra logopedens kontor til en dagligdags situasjon. Med andre ord er det forskjeller mellom ferdighetene til en person når han er på logopedens kontor og når han lever sitt daglige liv (Simmons-Mackie, 2008). Forskjellen kan gå ut på at i språktrening blir ofte begreper presentert i utvetydige situasjoner på en måte som er lett å forstå for personen med afasi, og at de derfor presterer bedre (Pulvermüller & Berthier, 2008). Men det kan også være slik at personen med afasi mestrer mer i dagliglivet fordi blant annet konteksten kommer mer til nytte her. En ser ofte eksempler på at resultater på kliniske tester av en person med afasi ikke når opp til resultatene i den funksjonelle

kommunikasjonen hans (Goodwin, 2003). Konsekvensene afasien får for kommunikasjonen kan påvirke selvoppfatningen til personen med afasi og hans relasjon til andre (Lind, Moen, Uri, & Bjerkan, 2000). Selv en person med lav grad av afasi kan altså oppleve at skaden fører med seg store konsekvenser for kommunikasjonen. Både for sin egen og andres del.

#### **2.4.4 Deltakelse**

Personer med afasi vil nok i varierende grad også oppleve at ens sosial rollen og livssituasjon ikke er det samme som før skaden (Simmons-Mackie, 2008). Kagan, 1995, ref. i Kagan (1998) definerer afasi som "an acquired neurogenic language disorder that may mask competence normally revealed in conversation" (s.818). Oversatt betyr dette at afasi er en ervervet nevrogen språkvanske som maskerer kompetansen som normalt vises i kommunikasjon. Afasi viser seg altså på flere områder enn bare det rent språklige (Kagan, 1998). Når en person ikke får vist hva han kan og kanskje heller ikke hvem han er, kan en tenke seg at det får konsekvenser i livet til personen. Rehabiliteringsretningen som prøver å finne ut hvordan afasien er til hinder for den enkelte og det livet han ønsker å leve kalles den konsekvensbaserte tilnærmingen (Quenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph, & Lind, 2010). Personer med afasi kan ofte fortelle at de opplever sosial isolasjon, ensomhet, tap av uavhengighet, begrenset deltakelse i aktiviteter, rolleforandringer og stigmatisering (Simmons-Mackie, 2008). Dette er følger av afasien som ikke bare er et resultat av skaden i seg selv. En person med afasi er en del av en sosiokulturell kontekst som også påvirker hvordan utfallet av afasien blir. Den konsekvensbaserte tilnærmingen fokuserer altså også på at det ikke bare er individet selv som bestemmer hvilke konsekvenser afasien får (Simmons-Mackie, 2008).

#### **2.4.5 Miljøet og personlige faktorer**

Innen den konsekvensbaserte tilnærmingen fokuserer de altså på at miljøet rundt personen med afasi også spiller en rolle for utfallet av afasien (Simmons-Mackie, 2008). Da er det ikke vanskelig å forstå hvorfor Goodwin (1995) kommenterer at afasi ikke bare opptre i hjernen til en person, men også er lokalisert utenfor personen i et dynamisk forhold med andre og i et sosialt fellesskap. Med så mange forhold som kan påvirke afasien til en person kan en se for seg at lik skade ikke nødvendigvis fører til like endringer i livet og kommunikasjonen til en person. Personer kan skille seg ut fysisk, mentalt eller emosjonelt fra en norm, men i hvor stor grad de opplever utskillelsen som vanskelig vil variere ut fra interaksjonen den enkelte

person har med den verden han lever i (Ramsberger & Menn, 2003). I tillegg til at miljøet rundt personene med afasi er forskjellig er også individene som får afasi forskjellige. De har ulike forventninger til dem rundt seg og ulike forventninger til hva de ønsker å gjøre i livet. Noen som får afasi har et sterkt ønske om å komme tilbake til livet de hadde før skaden, mens andre avfinner seg med hvordan livet har endret seg og justerer kravene deretter (Garcia, 2008). Personligheten kan også være med å bestemme hvor stort behov de har for å være sosiale. Det samme gjelder kommunikasjonen. Noen vil ha det greit med å sitte å høre på en samtale uten å ta så stor del i den, mens andre opplever dette som svært ubehagelig. I tillegg kan forventninger fra miljøet være forskjellige. Ulike miljø vil nok i varierende grad oppfordre til deltakelse i kommunikasjon og andre sosiale forekomster. Motivasjon for trening og deltakelse kan nok også spille en rolle i hvordan vanskene viser seg. Det er flere personer som trekker seg fra intensive språktreningsopplegg i forhold til vanlig logopedbehandling (Kelly, Brady, & Enderby, 2010). En tenker seg at det bare er de med sterk motivasjon som klarer å gjennomføre et så hardt treningsopplegg.

## 3 Metode

Kontroll av kvalitet involverer faglig skjønn og vurderinger og bør foretas kontinuerlig (Tanggaard & Brinkmann, 2010). Høy eller lav reliabilitet og validitet viser til graden av tillit og troverdighet til et studie (Befring, 2010). Validitetsbegrepet omfatter også generalisering (Maxwell, 1992). Jeg vil begynne metodedelen med å presentere begrepene reliabilitet, validitet og generalisering for så å bruke disse begrepene i begrunnelser av valg jeg tar videre i oppgaven. Etter at begrepene som er viktige for forskningens troverdighet er presentert vil jeg beskrive formen på studiet, hvor jeg vil forklare hvordan jeg legger opp studiet for å svare på problemstillingen. Her vil jeg blant annet kommentere valg av kvalitativ metode og kasus studie med intervensjon. Når formen på studiet er presentert vil jeg under punkt ”3.3 Innsamling av datamaterialet” forklare hvem som er deltakere i studiet mitt og hvordan jeg skal samle inn datamaterialet. Til slutt i metodedelen, under punkt ”3.4 Resultater og analyse”, beskriver jeg hvordan jeg vil finne resultater og analysere dem.

Ulike vitenskapsfilosofiske retninger har ulike meninger om hvordan man oppnår sannhet, eller med andre ord hva som gjør at slutninger man trekker er troverdige, gyldige og sterke (Kvale & Brinkmann, 2010). Postmodernismen er en vitenskapsteori som tviler på at det finnes en enkelt metode, teori, genre eller diskurs som er den eneste framgangsmåten i oppnåelse av sikker kunnskap (Gall, Gall, & Borg, 2007). Jeg er enig med postmodernismen i at det ikke finnes bare en framgangsmåte. Jeg ser verdien i flere av de ulike vitenskapsteoriens metoder i oppnåelse av viten, og vil trekke inn dem jeg mener er relevante underveis. I forskningsprosessen må en stadig foreta valg. Når etiske dilemmaer oppstår vil kanskje valgene en tar være spesielt viktige. Etiske dilemmaer vil si at to eller flere verdier ikke kan realiseres på samme tid (Brinkmann, 2010). Jeg velger å drøfte etikken i de enkelte tilfellene hvor jeg ser at det oppstår etiske dilemmaer i mitt studie. Jeg vil også ta opp metodiske betraktninger etter hvert som det blir aktuelt.

### 3.1 Forskningens troverdighet

Søking etter ny innsikt, som en gjør i forskningen, skal være utført troverdig (Befring, 2010). Forskningens troverdighet bestemmes blant annet av om en undersøker det man har til hensikt å undersøke (validitet) (Kruuse, 2007), hvor mye en kan stole på det som kommer fram av forskningen (reliabilitet) (Kvale & Brinkmann, 2010), og i hvor stor grad



forskningen kan overføres til andre tidspunkt, steder og personer (generalisering) (Maxwell, 1992). Reliabilitet, validitet og generalisering vil utdypes i de følgende avsnittene.

### **3.1.1 Reliabilitet**

I et forskningsstudie ønsker en å finne resultater. Reliabilitet sier noe om resultatenes pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2010). Påliteligheten eller reliabiliteten påvirkes av hvor konsistent fenomenet som forskes på er (Kruuse, 2007). Med andre ord sier reliabiliteten noe om hvor stabilt eller presist fenomenet som måles er (Befring, 2010). Observasjoner kan være konsistente uten at de trenger å være nøyaktige (Irwin, Pannbacker, & Lass, 2008). Et resultat kan altså være reliabelt, uten at det nødvendigvis er korrekt eller valid av den grunn. En kan se på reliabilitet innad hos den enkelte forsker, mellom forskere og i en test-retest situasjon (Irwin et al., 2008). Reliabilitet innad hos den enkelte forsker sier noe om i hvor stor grad den samme forskeren får like resultater ved å se på det samme fenomenet flere ganger. Reliabilitet mellom forskere handler om ulike observatører som ser på det samme fenomenet, og hvorvidt de ulike observatørene får like resultater. Test-retest reliabilitet kan man måle ved å se på hvor konsistente observasjonene eller resultatene er dersom man måler det samme fenomenet på nytt (Irwin et al., 2008)

### **3.1.2 Validitet**

Validitet handler blant annet om riktig valg av metode for å svare på det man spør om (Kvale & Brinkmann, 2010). En naturvitenskapelig innfallsvinkel mener validitet handler om hvorvidt man har målt det en sier en skal måle (Kruuse, 2007). Ser man på validitet ut fra en hermeneutisk synsvinkel vil man ikke beskrive validitet ved å bruke begreper om måling fordi en i hermeneutikken tar avstand fra å kvantifisere. En hermeneutisk tilnærming mener validitet dreier seg om å undersøke. Det er en prosess til utvikling av dyptgående fortolkning og observasjoner (Kruuse, 2007). Her ser en altså at vitenskapsteorien kan påvirke hvordan man ser på validitetsbegrepet. Maxwell (1992) presenterer fem validitetskategorier som ofte går igjen i kvalitative forskningsdesign. Maxwell (1992) har en forståelse av at mange kvalitative forskere møter på validitetsproblemer som de ut fra sunn fornuft tar høyde for i forskningen, men ikke beskriver direkte. De fem validitetskategoriene skal ta utgangspunkt i de implisitte validitetsproblemene og gjøre det om til noe eksplisitt en kan forholde seg til (Maxwell, 1992). De fem kategoriene er altså laget i et forsøk på å gi en bedre beskrivelse av problemet med validitet som kan dukke opp i forskningen. Det er ikke sikkert en bruker alle

kategoriene like mye, men oppstår det et validitetsproblem i studiet er sjansen stor, men ikke endelig, for at problemet kan plasseres og forstås i en av disse fem kategoriene (Maxwell, 1992). Kategoriene er deskriptiv validitet, tolkende validitet, teoretisk validitet, generalisering og vurderende validitet. Deskriptiv validitet handler om at en skal beskrive det en ser og ikke forvrengte eller diktet opp noe som ikke har skjedd. Tolkende validitet er opptatt av hva det observerte fenomenet betyr for deltakerne. I studiet vil tolkende validitet omfatte spørsmålet om hva det som observeres betyr for hverdagskommunikasjonen. Den teoretiske validiteten er todelt, hvor den første delen ser på validiteten til de enkelte begreper eller konsepter som blir brukt til å forklare et fenomen. Den andre delen av teoretisk validitet handler om gyldigheten i hvordan begrepene eller konseptene er satt sammen og brukt til å forklare et fenomen. Validitetskategorien generalisering handler om i hvilken grad man kan utvide det man finner til å gjelde for andre personer, til andre tidspunkt eller andre steder. Generalisering vil bli utdypet i avsnittet nedenfor. Den siste kategorien kalles vurderende validitet og handler om evaluering og forståelse av fenomenet man studerer (Maxwell, 1992). I tillegg til de fem validitetskategoriene inkluderes også økologisk validitet i studiet. Økologisk validitet handler om forskning i naturlige situasjoner (Pring, 2005). Ved å gjennomføre forskningen i situasjonen hvor det en ønsker å studere normalt forekommer, vil en minimere muligheten for at forsøkspersonene oppfører seg ulikt i forskningssammenheng og naturlige situasjoner (Pring, 2005).

### **3.1.3 Generalisering**

Dersom resultatene i en undersøkelse blir vurdert som rimelig pålitelig og gyldige, vil det neste steget være å se hvor interessante resultatene er for andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2010). Denne overføringsverdien blir, som nevnt tidligere, definert som generalisering (Andenæs, 2000). Innen forskjellige forskningsopplegg bør en ha forskjellig betydning av generalisering (Kalleberg, 1998). For eksempel vil en i kvantitative studier gjøre et utvalg basert på et ønske om å generalisere til en populasjonen (Gall et al., 2007). Kvalitative studier derimot omhandler mer utbroderende og detaljerte beskrivelser av fenomener eller personer (Gall et al., 2007). I kvalitative studier kan en altså ikke nødvendigvis si at det som er tilfelle for utvalget også vil være tilfelle for populasjonen. Merton (1968) referert i (Kalleberg, 1998) skriver: "Det er mer å lære av det ene vellykkede (eksperiment) enn av de mange mislykkede. Et eneste vellykket eksperiment beviser at det kan gjøres" (s.65). Fenomenologien understreker også viktigheten av det gode eksempel ved

å konstatere at det kun er gjennom erfaringer med enkelttilfeller en beveger seg fra nybegynner til ekspert stadiet. Dersom man bare skal lære seg ting på det generelle plan vil man aldri kunne se nyanser på samme måte som en ekspert kan (Flyvbjerg, 2010). Flyvbjerg (2010) skriver: "Forudsigende teorier og universelle begreber findes ikke i studiet av menneske og samfund. Konkret, kontekstbunden viden er derfor mere værdifuld end den nyttesløse søgen efter forudsigende teorier og universalbegreber" (s. 468). Et eksempel kan altså føre til en bevissthet som gjør at en har lyst til å undersøke det samme hos flere. I tillegg kan et eneste eksempel føre til at en generell sannhet avskaffes. Karl Popper (1959, ref. i Flyvbjerg, 2010) kaller det falsifikasjon når en generell gyldighet ikke lenger kan regnes for sann fordi en enkelt observasjon ikke stemmer overens med tesen. Det kjente eksempelet som brukes til å forklare falsifikasjon er tesen: "alle svaner er hvite" som må avskaffes dersom man finner en enkelt svart svane. Kasusstudier er spesielt godt egnet til å finne disse sorte svanene fordi man går så i dybden (Flyvbjerg, 2010).

## **3.2 Formen på studiet**

Valg en gjør i oppgaven bør være påvirket av reliabilitet, validitet og generalisering. Undersøkelser kan føre til mange resultater, men er disse resultatene tilfeldige eller feilaktige har ikke forskningen særlig troverdighet (Befring, 2010). Problemstillingen i studiet er: "Vil hverdagskommunikasjonen til personer med afasi endres etter deltakelse på SunCIST?". Jeg skal altså prøve å finne et forskningsopplegg som svarer på problemstillingen på en slik måte at det jeg kommer fram til har troverdighet.

### **3.2.1 Kvalitativt studie med kvantifisering**

Problemstillingens innhold gjør at en må spørre hva hverdagskommunikasjon er. Det er også naturlig å spørre hvordan hverdagskommunikasjonen til deltakerne på SunCIST vises. Dersom det oppstår endringer i hverdagskommunikasjonen må en også spørre om SunCIST kan forklare hvorfor disse endringene oppstår. Green og Thorogood (2009) mener man kan beskrive kvalitative studier ved at det søkes svar på hva, hvordan og hvorfor om et fenomen. Problemstillingen og spørsmålene ovenfor viser at dette studiet vil omfatte mange spørsmål om hva, hvordan og hvorfor, og på den måten være et kvalitativt studie. I kvalitative studier skal det som observeres beskrives fyldig og detaljert, og kvantifiseringer kan inkluderes dersom det fører til bedre forklaring av fenomenet (Vedeler, 2000). For å beskrive hverdagskommunikasjonen og eventuelle endringer mer nøyaktig vil jeg

kvantifisere deler av kommunikasjonen. Som ICF-modellen under punkt 2.4 viser, blir både hverdagskommunikasjon og afasi påvirket av mange faktorer. Et kvalitativt studie vil søke å fange denne helheten og ikke bare bitene (Repstad, 2004). Ved å bruke kvantifiseringer for å gi en mer grundig beskrivelse vil en få et mer helhetlig bilde av kommunikasjonen, og hvordan enkeltfaktorer påvirker hverandre. I kvalitative studier må man være bevisst at forskeren kan være med å påvirke hvordan studiet framstilles, og forskerens subjektivitet må beskrives og problematiseres underveis i forskningsforløpet (Karpatschhof, 2010).

### **3.2.2 Kasus-studie**

Hverdagskommunikasjon påvirkes som sagt av mange faktorer. Når en studerer et fenomen som er komplisert, og mange variabler som ikke er lett å kontrollere kan påvirke resultatene, er ofte kasusstudier et godt valg (Kruuse, 2007). Et kasusstudie dreier seg altså om hendelser som inkluderer kontekst og hvor forskeren har liten kontroll (Green & Thorogood, 2009). Selv om en kunne valgt å kontrollere variablene som påvirker hverdagskommunikasjon er ikke dette ønskelig, fordi en da ville tegnet et amputert bilde. Den deskriptive validiteten ville altså blitt lavere. Gall et al. (2007) mener forskere gjør kasusstudier med ett av tre formål. Disse formålene er detaljert beskrivelse av et fenomen, utvikle mulige forklaringer på det, eller evaluere fenomenet. I studiet vil jeg beskrive hverdagskommunikasjonen før og etter SunCIST og sammenligne den enkelte med seg selv for å se om det er endringer i kommunikasjonen, for så å forklare eventuelle endringer. Studiet vil altså ikke bare være beskrivende, men også forklarende. Kasusstudier trenger ikke bare dreie seg om forskning rundt enkeltpersoner, det kan også handle om hendelser (Kruuse, 2007). I problemstillingen spørres det om hverdagskommunikasjonen endres og ikke om personene som deltar på SunCIST endres. Kasuset i mitt studie vil altså være hverdagskommunikasjon. Et kasusstudie kan bli sett på som en dybdeundersøkelse av et eller flere fenomen som studeres i sin autentiske kontekst (Gall et al., 2007). Studiet vil bli lagt opp slik at hverdagskommunikasjonen blir undersøkt i en mest mulig autentisk kontekst, ut fra hvordan hverdagskommunikasjonen er definert under punkt 2.1.3.

### **3.2.3 Intervensjon**

Ved å sammenligne observasjoner før og etter en intervensjon kan en se om intervensjonen fører til endringer (Green & Thorogood, 2009). Skal jeg svare på problemstillingen må jeg altså si noe om hvordan hverdagskommunikasjonen er før SunCIST og hvordan den er etter

SunCIST. Intervensjon kan defineres som: ”a decisive act to bring about change” (Bray, Ross & Todd, 1999, ref. i Bunning, 2004, s. 4). Det vil si at intervensjon dreier seg om en handling som er ment å være avgjørende for en endring. Handlingen skal være basert på teori og behovet til den som gjennomgår intervensjonen (Bunning, 2004). En kan altså ikke gjennomføre intervensjon bare på bakgrunn av at teorien sier en behandlingsform virker for mange med kommunikasjonsvansker. Handlingen må også begrunnes og tilpasses den enkelte person som det skal intervensjoneres ovenfor (Lind & Haaland-Johansen, 2010). Videre skal intervensjonen evalueres (Bunning, 2004). Intervensjonen i mitt studie er SunCIST. Selve intervensjonen er det Sunnaas sykehus som står for så jeg vil bare undersøke om en kan se endringer etter denne intervensjonen. SunCIST er en terapiform som er tilpasset personer med afasi (Becker, 2012). Behandlingen krever som sagt motiverte deltakere fordi SunCIST forventer mye av deltakerne (Becker, 2012). Det er også gjennomført forskning på SunCIST som gjør at en mener denne terapiformen skal fungere for personer med afasi (Becker et al., 2012). I tillegg legges det til rette for at den enkelte personen med afasi blir utfordret innenfor sine mestringsmuligheter (Pulvermüller et al., 2001). Som en kan se oppfyller altså SunCIST kravene til intervensjon.

Intervensjon er et begrep som lett kan assosieres med eksperiment. Det er likevel en tydelig forskjell mellom disse begrepene. Et eksperiment er noe som skapes av en forsker (Green & Thorogood, 2009). I eksperimenter prøver en altså å kontrollere de ulike variablene som en ikke ønsker å undersøke og som kanskje kan påvirke resultatet. I kasusstudier skal derimot fenomener oppstå naturlig og påvirkes minst mulig (Green & Thorogood, 2009). Et eksperiment med kontrollerte betingelser ville gjort at studiet ble kausalt (Irwin et al., 2008). Med andre ord kunne man sett en link mellom årsaken og fenomenet. En kunne kanskje da funnet ut at SunCIST er årsaken til spesielle endringer og om disse endringene kunne generaliseres til en større populasjon. Hadde jeg hatt flere ressurser og lengre tid kunne det vært interessant å se på dette. Selv om jeg ikke får gjennomført et kausalt studie betyr ikke det at et kvalitativ flerkasusstudie med intervensjon ikke har verdi. I kvalitative studier ser en verdien i å beskrive og tolke fenomener eller hendelser, og mener at å kontrollere variabler for å danne forenklede årsaker og effekter ikke nødvendigvis er den mest brukbare metoden i alle tilfeller (Domholdt, 2005). Under avsnitt 3.1.3 ser en blant annet at kvalitative studier kan være av interesse fordi de kan være med å peile ut veien for videre forskning. Når jeg ikke kontrollerer variablene åpner jeg for muligheten til at flere faktorer kan påvirke resultatene. Det betyr at dersom jeg finner endringer i hverdagskommunikasjonen etter

SunCIST skyldes ikke det nødvendigvis intervensjonen. I studiet kan jeg likevel argumentere for eller i mot at eventuelle endringer skyldes SunCIST.

SunCIST bli altså i dette studiet brukt som en intervensjon som søker å endre hverdagskommunikasjonen til personer med afasi. Intensiv språk-handlings rehabiliteringsformer for afasi har vist seg å forbedre språkfunksjoner ved kronisk afasi (Pulvermüller & Berthier, 2008) (Berthier & Pulvermüller, 2011). Ved bruk av kliniske tester som mål har det også vist seg at CIST kan være en egnet metode i tidlig afasirehabilitering (Kirmess & Maher, 2010). En replikasjon av studiet om CIST i tidlig rehabilitering viser at CIST kan se ut til å ha en effekt også flere måneder etter endt språktrening (Kirmess, 2011). I studiet som viste en langtidseffekt av CIST, ble det også brukt et spørreskjema med både åpne og lukkede spørsmål hvor svarene, eller selv-rapporteringene, viste at deltakerne hadde hatt en positiv erfaring (Kirmess, 2011). CIST har et mål om at kliniske endringer skal kunne generaliseres til dagliglivet til den enkelte personen med afasi (Meinzer et al., 2007). Kirmess og Lind (2011) har gjort et forsøk som viser at ved å se på produksjon av verb og substantiver etter CIST kan en også si noe om hverdagskommunikasjon. Pulvermüller et al. (2001) ser også på hverdagskommunikasjon gjennom noe de kaller ”Communicative Activity Log (CAL)”. Ved bruk av CAL samler de informasjon fra personen med afasi og fagpersoner som ikke tar del i behandlingen om mengden og kvalitet på kommunikasjonen til personen med afasi (Pulvermüller et al., 2001). Det er gjort flere studier på CIST enn det som presenteres her, men så vidt meg bekjent, er det ingen som har studert SunCIST/CIST ved å observere kommunikasjonen mellom personer med afasi og deres nærmeste pårørende i hverdagskommunikasjon. Ved å undersøke hverdagskommunikasjon i sin naturlige kontekst vil den økologiske validiteten være høy (Pring, 2005). I tillegg til at den økologiske validiteten er en styrke i min oppgave vil anvendelse av en metode som ikke har vært brukt innen forskning på CIST, også være en styrke. Dette studiet kan kanskje, ved å bruke en ny metode, være med å vise nye sider ved kommunikasjonen til personer med afasi etter SunCIST.

### **3.3 Innsamling av datamaterialet**

Etter at formen på studiet er klart, er neste steg å samle inn datamateriale. Jeg skal gjennomføre et kvalitativt flerkasusstudie med intervensjon. Det betyr at jeg må samle inn data som gir fyldige beskrivelser av hverdagskommunikasjonen i en autentisk kontekst (Gall

et al., 2007). Jeg må også samle data både før og etter intervensjonen, eller SunCIST. Vitenskapsteorien påvirker også hvilke data jeg skal samle inn. Enkeltpersoner vil knytte egenkonstruerte meninger til det som skjer i livet deres (Domholdt, 2005). Dersom to personer opplever en lik hendelse i deres liv vil altså meningen de knytter til denne hendelsen, eller meningen denne hendelsen får for dem være ulik. Når jeg skal se på eventuelle endringer i hverdagskommunikasjonen må jeg altså bestemme meg for hvem sin realitet jeg ønsker å presentere. Dersom jeg har en fenomenologisk innfallsvinkel ønsker jeg å forstå sosiale fenomener ut fra hvordan aktørene selv ser det (Jacobsen, Tanggaard, & Brinkmann, 2010). Følgene av å bruke en fenomenologisk innfallsvinkel ville blitt at jeg måtte skaffe et datamateriale som kunne belyse aktørenes forståelse av hverdagskommunikasjon. Som nevnt i innledningen ønsker jeg ikke å presentere subjektens egen forståelse kommunikasjonen, men et mer nøytralt syn på hvordan en person utenfra kan se på endringene i kommunikasjonen. Datamaterialet vil altså være påvirket av deltakerne som er i hverdagskommunikasjonen, mens jeg skal prøve å observere hvordan aktørene påvirker hverandre og kommunikasjonen sett fra mitt ståsted.

Konstruktivismen sier at en sosial realitet er konstruert av individene som deltar i den (Gall et al., 2007). I avsnitt ”2.1 Kommunikasjon” vises det at en kan se på kommunikasjon som noe som er konstruert i fellesskap og at alle som deltar i kommunikasjonen er med å påvirke den. En kan altså se at konstruktivismen og kommunikasjonsteorien presentert i denne oppgaven samstemmer ved at hverdagskommunikasjon vil være konstruert av individene som deltar i den. Jeg samler inn data med et konstruktivistisk utgangspunkt fordi jeg mener det vil være med å fange opp flest mulig aspekter ved hverdagskommunikasjon slik den er definert. Det vil nok også føre til bedre teoretisk validitet fordi teorien om hverdagskommunikasjonen vil danne grunnlaget for datamaterialet, og dermed også drøftingene. Skal en samle inn data ved å bruke en konstruktivistisk tilnærming medfølger det at datamaterialet må vise hvordan deltakerne sammen konstruerer felles forståelse i hverdagskommunikasjon.

### **3.3.1 Utvalg**

I innsamlingen av data må jeg vite hvem som passer til å være informanter. Ut fra teksten overfor og problemstillingen vil naturlige deltakere være personer med afasi som skal delta på SunCIST. Forskning har vist at CIST fungerer både i tidlige og sene faser i afasi (Berthier & Pulvermüller, 2011). I studiet har jeg derfor ingen preferanser for hvor lenge det skal være siden personene som deltar fikk afasi, men alle deltakere er forbi fasen der man normalt

forventer spontanbedring. Kasus som velges ut fra en forventning om informasjonsinnhold kalles informasjonsorientert (Flyvbjerg, 2010) eller målrettet utvelging (Gall et al., 2007). Deltakerne er også valgt ut fra visse kriterier (deltakelse på SunCIST), noe som gjør at utvalget også er kriteriebasert (Gall et al., 2007). I tidsperioden jeg skrev master ble SunCIST gjennomført én gang hvor det var aktuelt at jeg spurte deltakere om de ville delta i studiet. Alle deltakerne var av interesse for mitt studie og i posisjon til å gi meg viktig informasjon. Av seks deltakere på SunCIST var det tre stykker som kunne tenke seg å være med i studiet. I studier med flerkasus velger man ut deltakerne fordi de enten er like eller ulike på noen punkter og dermed også interessante (Gall et al., 2007). Jeg har ikke valgt ut deltakerne fordi de er forventet like eller ulike på noen punkter. Selv om det er tre deltakere i dette studiet er det altså ikke et flerkasusstudie, men et studie med tre kasus. Når en ser på kommunikasjon som et samarbeidende fenomen må forskning inkludere kommunikasjonsferdighetene til både personen med afasi og de rundt ham (Simmons-Mackie, 2008). Ut fra hvordan hverdagskommunikasjon er definert i teorikapitlet og avsnitt ”2.4 Afasi og SunCIST i ICF-modellen” ser en at kommunikasjonen vil foregå ulikt alt etter hvem som deltar. For at jeg ikke skulle måle ferdighetene til kommunikasjonspartneren til personen med afasi, ville jeg at samme samtalepartner skulle delta pre- og postintervensjon. Bruk av samme samtalepartner gjennom hele studiet kan altså være med å bedre validiteten i studiet fordi det kan bidra til at jeg måler det jeg ønsker å måle. For at samtalen skal bli mest mulig lik hverdagskommunikasjon ville jeg også at samtalepartneren til personen med afasi skulle være en av hans nærmeste. Dersom personen med afasi ikke hadde mulighet til å stille med samtalepartner sa jeg at jeg kunne prate med dem.

Jeg fant ut hvem som var interessert i å delta ved å sende et brev med informasjon om prosjektet mitt til personene som hadde fått tildelt plass på SunCIST (appendiks B). I samme brevet sendte Sunnaas sykehus informasjon om SunCIST og praktisk informasjon med tanke på sykehusoppholdet til deltakerne. Deltakere på SunCIST må, som sagt, være motiverte for å delta og ha språklige evner på et visst nivå (Becker, 2012). Er man motivert for noe vil man også ofte vise mer innsats og være mer utholdende i situasjonen (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Fordi personene i mitt utvalg er motiverte har de kanskje et bedre grunnlag for å oppnå endring enn personer med afasi normal har. Personer med afasi kan ha vansker med å forstå både skrift og tale (Hallowell & Chapey, 2008). Da jeg skrev brevet kunne jeg ikke vite hvilket skriftnivå jeg skulle velge i informasjonsskrivet. De afasirammede kommuniserer kanskje ikke like effektivt som de gjorde før de ble rammet, men de vil fortsatt ha kunnskaper



og erfaringer som de hadde før (Hallowell & Chapey, 2008). Jeg prøvde å gjøre språket lite komplekst, samtidig som jeg ikke ønsket å legge meg på et lavt nivå. Dersom jeg hadde overforenklet informasjonsskrivet ville kanskje noen av personene med afasi følt at jeg ikke anerkjente deres kunnskap og livserfaring. Jeg satte meg også inn i Hallowell og Chapey (2008) sine retningslinjer for hvordan man skal skrive og snakke om personer som har afasi og Simmons-Mackie og Kagan (1999) sine teknikker for å kommunisere mest mulig effektivt med personer som har afasi. I brevet gjorde jeg dem oppmerksomme på at jeg kom til å ta kontakt per telefon for, om ønskelig, å gi ytterligere informasjon. På den måten kunne jeg sørge for at de som ble kontaktet fikk god informasjon og forståelse for at deltakelse er fullstendig frivillig, som er et krav fra NESH (2006). Ideelt sett bør alle deltakere i et videoopptak skrive under på en kontrakt som presiserer hvordan videoen skal brukes (Raudaskoski, 2010). Informasjon om hva videoen skulle brukes til ble gitt i informasjonsskrivet og gjennomgått før videoopptaket startet. Før filming skrev begge deltakerne og jeg under på samtykkeerklæring (se appendiks B).

### **3.3.2 Videoobservasjon**

Vedeler (2000) skriver at observasjon er: ”systematisk innhenting av informasjon om den fysiske og sosiale verden slik den viser seg for oss direkte via våre sanser, i stedet for indirekte gjennom beretninger fra andre” (s.9). Robson (1993) referert i (Vedeler, 2000) mener det som regel er best å bruke observasjon dersom man vil finne ut hva folk gjør i det daglige. I tillegg har det vist seg at observasjon kan være nyttig i studier av språk og kommunikasjon (Vedeler, 2000). Man kan gjennomføre observasjon på flere måter, blant annet ved videoobservasjon. Videoobservasjon er en metode som gir stor frihet og muligheter i analysen. Man sitter med store mengder informasjon (Vedeler, 2000). En kan se videoen flere ganger, og kan på den måten få mulighet til å observere faktorer en ellers ikke ville fått adgang til (Steensig, 2010). Jo flere ganger man observerer den samme atferden jo større er nok sjansen for å finne et resultat som er konsistent, og med det reliabelt. Personer med afasi bruker ofte nonverbal kommunikasjon som gester, ansiktsuttrykk og objekter i nærmeste omkrets når de kommuniserer (Luck & Rose, 2007). Ved å bruke videoobservasjon kan en få med seg den nonverbale kommunikasjonen og på den måten øke sannsynligheten for at en ikke går glipp av nyanser i kommunikasjonen. Selv om mye informasjon kan være positivt, kan det også gjøre at det er vanskelig å systematisere og velge ut hvilke deler av kommunikasjonen som er viktig (Vedeler, 2000). Mye og detaljert informasjon kan gi et

bedre grunnlag for å skrive det som faktisk skjer og ikke forvrengte bildet. På den andre siden kan mye informasjon gjøre at en fokuserer på detaljer og derfor ikke klarer å presentere det generelle (Vedeler, 2000). På den måten kan en se at mye og detaljert informasjon både kan styrke og svekke den deskriptive validiteten.

Deltakerne som sa ja til å være med på prosjektet fikk velge mellom å bli filmet hjemme hos dem selv eller på Sunnaas. Alle deltakerne valgte å gjennomføre filmingen på Sunnaas. Når situasjonen som observeres skal være så autentisk som mulig så hadde filming i hjemmet kanskje vært å foretrekke, men fordi jeg ikke visste noe om deltakerne ønsket jeg ikke å gi dem en følelse av at jeg trengte meg på. På den andre siden har alle deltakerne tilbragt en lengre periode på Sunnaas tidligere i afasiforløpet og vil nok derfor kjenne at Sunnaas er et naturlig sted for dem å være. Personen man kjenner kan dra med seg tryggheten og det vante slik at situasjonen ikke føles så uvanlig allikevel. Man er ofte på ukjente steder med personer som en kjenner uten at kommunikasjonen dem i mellom endres av den grunn. Samtidig som et besøk av fremmede i sitt eget hjem kan endre den vante kommunikasjonen de kjente i mellom. Selv om jeg opprinnelig tenkte det ville være best for den økologiske validiteten å gjennomføre filmingen hjemme er det ikke sikkert stedet filmingen foregikk er av så stor betydning. Jeg filmet deltakerne på Sunnaas sykehus samme dag som SunCIST startet. Filmopptaket post-intervensjon ble gjennomført den siste dagen i språktreningen, etter at opplegget for dagen var ferdig. Hvert videoopptak varte i 20 min for at jeg skulle få nok informasjon ut av videoklippene. Ofte i samtaler oppstår det naturlige opphold i praten (Prins & Bastiaanse, 2004). Jeg ønsket ikke at den naturlige flyten skulle bli ødelagt ved at deltakerne følte på et press med å produsere tale. Ved å filme i 20 minutter kunne jeg si til deltakerne at de ikke måtte føle på presset med å snakke hele tiden. Jeg prøvde altså å fremme en mest mulig hverdagslig samtale og håpet med det å øke den økologiske validiteten.

I observasjoner kan forskeren velge i hvor stor grad han skal ta del i hendelsen som observeres (Vedeler, 2000). Jeg hadde som mål å påvirke den observerte situasjonen så lite som mulig, fordi jeg ikke er en del av hverdagslivet til informantene. fordi jeg har videoobservasjon som metode behøvde jeg ikke å være i rommet når filmingen pågikk. Når man fungerer som en flue på veggen kan en kalles en fullstendig uavhengig observatør (Vedeler, 2000). Dersom jeg skulle fungert som en flue på veggen ville jeg ikke påvirket situasjonen i noen grad. Det at jeg ikke var tilstede under selve opptaket betyr ikke at

deltakerne nødvendigvis glemte meg og min rolle. Før opptaket starter var jeg inne i rommet og snakket med deltakerne og jeg kom i tillegg inn i rommet for å avslutte opptaket. En er observatør som deltaker når man i hovedsak er observatør, men likevel deltaker. En tar "ikke direkte del i aktivitetene, men har klar status som forsker som bruker systematisk observasjon" (Vedeler, 2000, s. 18). Deltakerne var nok bevisst videokameraet i rommet (Raudaskoski, 2010), selv om jeg prøvde å gjemme det i et hjørne, og ikke direkte i synsfeltet deres. En kan kanskje se på videokameraet som en representant for meg, og i så fall vil rollen min bli mer som en observatør som deltar.

### **3.3.3 Ny filming etter ødelagte opptak**

Da jeg skulle gå gjennom videomaterialet viste det seg at lyden på opptaket post-intervensjon var ødelagt. Batteriene på den eksterne mikrofonen døde ett minutt ut i opptaket til det første kommunikasjonsparet. Når neste opptak skulle startes virket de igjen, men døde så etter åtte sekunder. Fordi jeg satt på gangen under opptakene fikk jeg ikke med meg dette. Uten lyd på opptakene etter intervensjon var det ikke mulig å svare på problemstillingen. Jeg gikk gjennom de ulike alternativene for å rette opp i de ødelagte opptakene. Sammen med veileder fant jeg tre alternativer og drøftet dem. Første alternativ var å sjekke om man kunne hente fram lyden fra mikrofonen på kameraet når den eksterne mikrofonen hadde slått seg av. Det lot seg ikke gjøre. Det andre alternativet gikk ut på å få en munnavleser til å lese av hva som ble sagt. Den tredje muligheten var å spørre informantene om jeg kunne gjøre et nytt opptak. Utfordringer både tidsmessig og økonomisk med å bruke en munnavleser gjorde at jeg valgte å ringe informantene og høre om de kunne stille på nytt. Jeg gjorde dette i visshet om at det kunne føre til en ekstra belastning for informantene. Derfor var jeg ydmyk når jeg ringte og beklaget hva som hadde skjedd. Jeg sa også tydelig i fra om at det var helt frivillig, og at oppgaven ikke var avhengig av at de stilte på nytt. Jeg ga med andre ord uttrykk for at jeg hadde alternative løsninger dersom de ikke ville stille på nytt. Dette gjorde jeg for å ivareta prinsippet om fullstendig frivillig deltakelse (NESH, 2006). Jeg ga informantene tid til å snakke sammen med sin samtalepartner og betenkningstid på om de ville stille. Jeg fikk tilbakemelding om at to av kommunikasjonsparene ville stille på nytt, mens det tredje valgte å takke nei. At det siste paret ikke ville delta kan kanskje føre til dårligere grunnlag for generalisering fordi et ekstra kommunikasjonspar ville ført til enda en erfaring med hverdagskommunikasjon hos personer etter deltakelse på SunCIST og kanskje en mer nyansert beskrivelse av fenomenet. På den andre siden har jeg større kapasitet til å gi et

utbroderende bilde av kommunikasjonen til de to gjenværende kommunikasjonsparene. Ved å gi mer detaljerte beskrivelser av det som studeres er sjansen større for at andre kan vite om det som er funnet i studiet, kan ha en verdi for dem (Gall et al., 2007). En mer grundig beskrivelse av hverdagskommunikasjonen kan altså øke muligheter for generalisering. Det er vanskelig å vite om beskrivelsen av hverdagskommunikasjon blir mest detaljert ved å gi en bredere beskrivelse med tre par eller en grundigere beskrivelse med to par.

For at det nye opptaket skulle bli minst mulig stressende for informantene gav jeg dem valget mellom å filme på Sunnaas, UiO eller hjemme hos dem. Begge informantene sa at jeg gjerne kunne komme hjem til dem. Jeg endret med andre ord sted hvor samtalen foregikk, altså situasjonskontekst, og åpnet med det for at flere feilkilder kan påvirke resultatene og føre til dårligere validitet. Det vil være vanskelig å svare på hvorvidt en endring i situasjonskontekst påvirker hverdagskommunikasjonen. Som sagt vil personer med afasi ofte bruker ting i rommet som hjelp i kommunikasjonen (Luck & Rose, 2007). Det kan kanskje gjøre at kommunikasjonen blir enklere i sitt eget hjem fordi en da har mer oversikt over hva som er rundt en. På den andre siden kan en ikke vite hvor store endringer det ville vært mellom pre-intervensjon og post-intervensjon uansett. Ser en på validitet ut fra en hermeneutisk vinkling vil det viktigste være hvor dyptgående fortolkninger og observasjoner er (Kruuse, 2007). I drøftingen av resultater og analyse vil derfor endringen av situasjonskontekst bli tatt høyde for, i tillegg til at det vil bli gitt detaljerte beskrivelser av kommunikasjonen.

En annen ulempe ved at lydbåndet ble ødelagt er at kommunikasjonen ikke ble målt umiddelbart etter intervensjon. Jeg gjennomførte filmingen fire uker etter intervensjon hos det ene kommunikasjonsparet, og fem uker etter hos det andre kommunikasjonsparet. Jo lengre tid som går etter intervensjon jo flere faktorer kan en se for seg at påvirker resultatene. Som sagt tidligere kan det se ut til at CIST har en effekt også flere måneder etter endt språktrening (Kirmess, 2011). Selv om flere feilkilder kan påvirke resultatene er livet fullt av påvirkninger en ikke kan ta høyde for. En del av det å foreta undersøkelser i naturlige situasjoner, og med det ha høy økologisk validitet, fører også med seg slike påvirkninger. Selv om utsatt måling kan føre til feilkilder kan det også føre noe positivt med seg. For eksempel får en muligheten til å observere om eventuelle endringer også er tilstede flere uker etter intervensjon. Som sagt tidligere ønsker SunCIST at språktreningen skal påvirke hverdagskommunikasjonen (Meinzer et al., 2007), og følgelig vil det også være interessant å se på kommunikasjonen flere uker etter intervensjon. Videoklippene hvor lyden ble ødelagt

vil ikke bli tatt med i analysen på samme måte som de andre klippene, men i det ene tilfellet hvor lyden varer i ett minutt vil en likevel få et inntrykk av kommunikasjonen som kan være verdt å se nærmere på. Hos kommunikasjonsparet hvor lyden varer i ett minutt i andre opptak har jeg altså to opptak etter intervensjon. Selv om det ene er redusert kan en tenke seg at to videoopptak etter intervensjon kan påvirke validiteten positivt fordi det kan gi et bedre bilde av kommunikasjonen, og på den måten legge et godt grunnlag for bedre deskriptiv validitet. Dersom det viser seg at en kan lese noen resultater ut av det ene minuttet med film som er tatt rett etter intervensjon kan en sammenlikne det med opptaket som er tatt noen uker senere. Dersom disse resultatene samstemmer kan det si noe om reliabiliteten i oppgaven, fordi en da vet noe om hvor konsistent kommunikasjonen er. Ser resultatene konsistente ut vil det være med å styrke test-retest reliabiliteten som dreier seg om hvor konsistente resultater er dersom noe måles på nytt (Irwin et al., 2008).

### **3.4 Resultater og analyse**

Vitenskapsteorien kan si noe om hvilken analyseform som velges samt forholdet mellom forskeren og den utforskede (Kalleberg, 1998). Observasjonsstudier i kvalitativ forskning har ikke som mål å være objektive rundt et fenomen og vil ofte inkludere følelser og opplevelser i tolkningene (Gall et al., 2007). Datamaterialet ble som nevnt samlet inn ved videoobservasjon. Forholdet mellom meg som forsker og de som utforskes var altså ikke så nært som det ofte kan være i kvalitative studier, men jeg kan likevel være med å påvirke hvordan resultater og tolkninger framstilles. Når den observerbare atferden til noen er utgangspunktet for kunnskapservervelsen kan man kalle forskningen for behavioristisk (Gall et al., 2007). Innen behaviorismen mener man at atferd kan observeres og måles (Passer et al., 2009). I følge fenomenologien er mennesker alltid intensjonelle (Jacobsen et al., 2010). Selv om jeg ikke søker å få svar på hva deltakerne mener går jeg også inn med et fenomenologisk perspektiv. Når jeg tar høyde for fenomenologien i mitt studie søker jeg ikke å få svar på hva deltakerne mener om sine intensjoner, men jeg legger til grunn at menneskers bevissthet alltid er intensjonell. Jeg kan ikke nødvendigvis svare på hva som er intensjonen til deltakerne uten å spørre dem, men i tolkningen kan jeg legge til grunn at de har en intensjon bak det de gjør.

Behaviorismen springer ut fra positivismen som mener det som forskes på oppstår objektivt uten forskerens påvirkning (Gall et al., 2007). Postpositivister mener som positivister at

realiteten kan være objektiv, men at kunnskapen som erverves til en viss grad vil være påvirket av forskeren og hans erfaringer og synspunkter (Gall et al., 2007). Som nevnt under punkt 3.2.1 tror jeg også at jeg som forsker har en viss påvirkning på deltakerne i kommunikasjonen. I hvor stor grad jeg påvirker de jeg observerer kalles observatøreffekt (Vedeler, 2000). Observatøren kan også gjøre systematiske feil på grunn av karakteristika ved seg selv, og kalles da observatørbias (Vedeler, 2000). Observatørbias i mitt studie vil altså være sider med meg som forsker som kan påvirke resultatene, analysen og drøftingen. Man kan skille observatørbias i følgende hovedgrupper: muligheten for at en deltakende observatør forandrer seg i løpet av observasjonsperioden, i hvilken grad forutinntatte meninger og holdninger virker inn på datainnsamling, dataanalyse og tolkninger, og observatørens kompetanse (Patton, 1990, ref. i Vedeler, 2000). Når jeg skal se på eventuelle endringer etter SunCIST har jeg en fordel ved at jeg ikke hadde så mange meninger på forhånd om hvorvidt det kom til å skje endringer. Det er ikke jeg som gjennomfører intervensjonen, og på den måten trenger jeg heller ikke ha spesiell tro på den. På den andre siden hadde jeg nok ikke hatt interesse av å studere CIST dersom jeg ikke trodde rehabiliteringsmetoden hadde noen hensikt, så til en viss grad vil nok synet mitt på rehabiliteringen være farget. I tillegg kan det at jeg ikke har forsket før, være med å påvirke resultatene og hvordan jeg tolker.

### **3.4.1 Samtaleanalyse**

Konstruktivismen sier, som nevnt, at en sosial realitet er konstruert av individene som deltar i den (Gall et al., 2007). I Harold Garfinkels etnometodologi studerer man hvordan mennesker skaper forståelse og sammenheng i sin verden (Steensig, 2010). Skal en se på et datamateriale ut fra både konstruktivistisk og etnometodologisk innfallsvinkel vil en altså studere hvordan mennesker skaper forståelse i en sosial realitet som er konstruert av individene som deltar. Den formen for samtaleanalyse som jeg tar utgangspunkt i er i stor grad påvirket av etnometodologien (Steensig, 2010). Samtaleanalyse ble til gjennom et tett samarbeid mellom Harvey Sacks, Emanuel Schegloff og Gail Jefferson på slutten av 1960-tallet (Goodwin, 2003). I samtaleanalyse studerer en hvordan mening er delt mellom kommunikasjonspartnere (Ramsberger & Menn, 2003). En kan også se hvordan samtaledeltakere regulerer sin interaksjon gjennom blant annet pauser, avbrytelser, turtaking, repareringer og gester (Ahlsén & Nettelbladt, 2008). Samtaleanalyser kan også være et verktøy for å utforske hvordan afasi kan påvirke kommunikasjon og strategier kommunikasjonsdeltakerne bruker for å møte utfordringene afasien bringer med seg (Booth & Perkins, 1999). Diffrancesco et al. (2012)

mener samtaleanalyse kan være fordelaktig å bruke i vurderingen av CIST. I samtaleanalyser tar en utgangspunkt i spontantalen til deltakerne (Prins & Bastiaanse, 2004). Ved å ta utgangspunkt i samtaler i mest mulig naturlige situasjoner vil samtaleanalyser ha muligheter for høy økologisk validitet (Kirmess & Lind, 2011). Naturalister fremmer studering av fenomener i en naturlig tilstand (Vedeler, 2000). Når en ser på samtaler i sin naturlige sammenheng bruker man altså en naturalistisk innfallsvinkel.

Når en skal utforske en samtale ved bruk av samtaleanalyse går en induktivt inn i datamaterialet (Prins & Bastiaanse, 2004). Å gå induktivt inn vil si at en tar utgangspunkt i datamaterialet uten at en på forhånd har avklart et teoretisk grunnlag som sier hva som skulle samles inn (Befring, 2010). En har altså ikke bestemt på forhånd hvilke premisser en skal bruke på de lingvistiske eller pragmatiske målingene (Prins & Bastiaanse, 2004). Med andre ord vil en bestemme hvilken teori som er interessant å bruke etter at en har sett på datamaterialet. I samtaleanalyse leter en etter aspekter og mønstre i samtaler som kan beskrive kommunikasjonen til de som deltar (Prins & Bastiaanse, 2004). Det at en ikke har bestemte spørsmål en vil ha svar på når en studerer datamaterialet kan kalles å se "umotivert" på datamaterialet (Hutchby & Wooffitt, 1998). Dersom man på forhånd ikke har motiver for hva man skal finne, og samtidig prøver å lete etter aspekter eller mønstre i datamaterialet kan man kanskje si at en går inn med et åpent blikk. En er åpen for å finne ulike fenomener, samtidig som en må åpne blikket for å få øye på de interessante fenomenene. Ved å gå inn med åpent blikk kan en bedre den deskriptive validiteten fordi en da beskriver det en faktisk ser og ikke det en forventer å se eller ønsker å se. For å gå inn med minst mulig forut antakelse, og på den måten bedre den deskriptive validiteten, vil jeg se post-opptaket til det ene kasus før jeg ser pre-opptaket. Ved å se det siste opptaket først i det ene kasus håper jeg å gjøre forventninger om hva som møter meg mindre. Når en i samtaleanalyser har funnet mønstre og resultater så akkumuleres dette. Å akkumulere mønstrene og resultatene vil si at en prøver å se det i sammenheng med, og bygge tolkningene på det andre har funnet tidligere i samtaleanalyse (Steensig, 2010). Når jeg skal bruke allerede eksisterende teorier for å se om de kan forklare mine funn kan det hende jeg på nytt må gå inn i datamateriale for å finne mer informasjon, og da arbeider jeg deduktivt (Befring, 2010).

Teoriene og de tidligere samtaleanalysene jeg bruker i akkumuleringen, vil være studier som er brukt av mange tidligere. Jeg vil blant annet bruke forskning som ses på som grunnleggende innen samtaleanalyse. I tillegg vil jeg bruke studier hvor metoden er vurdert

som god nok til å bli inkludert i reviews. En følge av at jeg bruker anerkjent og grunnleggende teori kan være at det er mange år siden studiene har vært gjennomført. Jeg vil allikevel bruke disse studiene fordi begrepene som brukes for å forklare fenomenene i disse studiene har høy validitet. Ved å bruke anerkjente forklaringer på fenomener håper jeg å bedre den teoretiske validiteten. Den vurderende validiteten sier som nevnt noe om en evaluering av forståelsen av begrepene (Irwin et al., 2008). Jeg prøver å etterstrebe høy vurderende reliabilitet ved å undersøke hvordan flere kilder ser på et fenomen. Jeg ser altså på flere teoretikers oppfatning av et begrep før jeg bruker begrepet i teksten. I tillegg til validitet rundt det enkelte begrep krever høy teoretisk validitet også gyldighet i måten man bruker begrepene til å forklare et fenomen er god (Irwin et al., 2008). Å bruke gode og anerkjente teorier vil ikke automatisk føre til høy validitet. For å styrke den teoretiske validiteten prøver jeg derfor å trekke inn anerkjent forskning og drøfte hvorvidt forskningen som er gjort tidligere er relevant for mitt studie.

### **3.4.2 transkribering**

I samtaleanalyse skal datamaterialet transkriberes (Hutchby & Wooffitt, 1998). Transkripsjoner er ikke erstatninger for originale data, men et tilleggsverktøy som kan brukes som en hjelp til å analysere og forstå opptakene (Liddicoat, 2007). Normalt i samtaleanalyser transkriberer man ikke fonetisk, men ortografisk. En bruker forskjellig grad av modifiseringer av ortografien siden skriftspråket ikke gjengir det talte språket så bra (Steensig, 2010). I min presentasjon vil jeg for det meste bruke ortografisk transkripsjon, men i noen tilfeller vil jeg bruke fonemisk transkripsjon. Grunnen til at noen ord vil være transkribert fonemisk er for å markere når personen med afasi uttaler noe som ikke regnes som et norsk ord. Duranti (1997) skriver at det ikke finnes en perfekt transkribering av en situasjon og at alle transkripsjoner er et bilde av virkeligheten hvor den som transkriberer er med å påvirke hvordan bildet framstilles. Disse bildene, eller transkripsjonene, vil likevel være mer eller mindre gode. I samtaleanalyse transkriberer man ikke nødvendigvis for å si hva personene sier, men hvordan de sier det (Duranti, 1997). At en ikke bare skal transkribere hva som blir sagt har ført til at en har tatt i bruk mange symboler i transkripsjon. I samtaleanalyse har en for eksempel symboler for markering av intonasjon, pauser, lydforlengelser. Etter hvert som det forskes på nye sider ved interaksjoner utvikles det nye symboler (Psathas, 1995)

Innen samtaleanalyse bruker de fleste transkripsjonssystemet som er utviklet av Gail Jefferson (Duranti, 1997). I transkripsjonene mine har derfor jeg også tatt utgangspunkt



symbolene Jefferson (2004) bruker i transkribering. Symbolene jeg har brukt er beskrevet i appendiks A. Det originale transkripsjonssystemet til Jefferson inneholder ikke så mye informasjon rundt nonverbale elementer vet språket (Liddicoat, 2007). Når jeg markerer gester i mine transkripsjoner har jeg tatt utgangspunkt i Goodwin, 1984, ref. i Liddicoat (2007) sin måte å gjøre det på, men i stedet for å sette en klamme under ordene hvor gestene forekommer har jeg satt en understrek. Under denne streken har jeg så forklart hvordan gesten viser seg (forklares nærmere i appendiks A). Transkripsjon er en selektiv prosess hvor man understreker aspekter i kommunikasjonen for å spesifisere noe i det man undersøker (Duranti, 1997). En og samme forsker kan transkribere en enkelt tekst på ulike måter for å få fram ulike formål (Liddicoat, 2007). Målet er altså ikke å presentere et mest mulig detaljert bilde, men å presentere elementene som er interessante i det enkelte tilfellet (Lind et al., 2000). Hva som er formålet med transkripsjonen vil altså bestemme hvordan den presenteres. I de forskjellige transkripsjonene som er gjort i oppgaven har jeg vært konsekvent i hvilke tegn jeg bruker, men jeg har altså ikke presentert like fyldige transkripsjoner i alle tilfellene.

Som en ser av de foregående avsnittene er transkribering en prosess hvor en kontinuerlig foretar valg. Jeg har ikke transkribert så mye tidligere og det kan nok være med å gjøre at jeg ikke tar samme valg som en trenet person innen transkribering ville gjort. En skal heller ikke se bort fra at jeg nok ikke har like dyp forståelse for begreper som en person som har transkribert mye. Det at jeg ikke er trenet, er en del av mitt observatørbias (Vedeler, 2000), og kan nok til en viss grad påvirke validiteten. Uten mye erfaring innen transkribering kan det være en fordel at jeg gjennomfører pre- og post-observasjon. Jeg bruker samme prinsipper i transkriberingen og vil ha den samme kunnskapen når jeg ser på alle opptakene. Når jeg sammenlikner transkripsjonen med hverandre vil kanskje ikke erfaringene mine ha så stor betydning for validiteten som de kunne hatt dersom jeg skulle ta utgangspunkt i en enkelt transkripsjon. Når en transkriberer må man også være bevisst de etiske sidene ved transkripsjonsprosessen og transkripsjonsutfallet (Duranti, 1997). I presentering av data skal man være forsiktig med hvordan man konstruerer inndelinger og begreper (Befring, 2010). Måten jeg presenterer data på kan altså være med å påvirke hvordan leseren ser på personer med afasi. Når jeg skal bruke en transkripsjon til å vise hvordan noe blir sagt, inkluderes også innholdet i det som blir sagt. I noen tilfeller vil kanskje et godt eksempel på en atferd også inneholde utsagn av privat karakter. Da må jeg vurdere om jeg kan transkribere andre deler av samtalen for å vise den samme atferden, eventuelt hvorvidt det er mulig å anonymisere. En del av anonymiseringen jeg gjør er at deltakernes navn vil være kodet med enkeltbokstaver.

### 3.4.3 Kvantifisering

I samtaleanalyse går en som sagt inn med et åpent blikk. Dette fører til visse antakelser. For at resultatene i studiet skal være basert på mer enn mine følelser har jeg valgt å kvantifisere noe av det jeg finner. Som nevnt skal en i samtaleanalyse ikke ha bestemt seg på forhånd for hvilke mål en skal bruke på kommunikasjonen (Prins & Bastiaanse, 2004). Hvilke deler av samtalen jeg velger å kvantifisere vil altså bestemmes etter at jeg har gått inn i datamaterialet. Da vil jeg også finne ut om det er andre måter enn kvantifisering som er bedre i målingen av ulike tilfeller i kommunikasjonen. Cunningham og Ward (2003) skriver at det er få studier som bruker samtaleanalyse som har kombinert kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Det er altså få studier som beskriver om kvantifisering kan vise endringer i samtaler. En grunn til at det kan være vanskelig å bruke kvantifisering som et mål på samtaleatferd er at samtaler varierer fra gang til gang (Prins & Bastiaanse, 2004). Det er likevel noen studier som viser at kvantifisering av samtaleatferd kan vise endringer. For eksempel har det blitt rapportert at blant annet ordleting og fonemiske og semantiske parafasier kan bli identifisert reliabelt i samtaler mellom personer med afasi og deres familiemedlemmer (Perlins, Crisp, og Walshaw, 1999, ref. i Prins & Bastiaanse, 2004). Det har også vist seg at mengden og lengden av reparasjoner økte hos en mann med afasi, samtidig som den funksjonelle kommunikasjonen økte. En kvalitativ analyse viste at økningen i reparasjoner kunne skyldes at kommunikasjonen var bedre så kona ikke trengte ta like stor del i mannen sine reparasjoner (Crockford, 1991, ref. i Prins & Bastiaanse, 2004). Disse paradoksale resultatene kan være med å vise at det å kvantifisere en atferd ikke er fordelaktig uten å også foreta en kvalitativ analyse. Selv om Cunningham og Ward (2003) skriver at det ikke har vært gjort så mange studier som kombinerer kvalitativ og kvantitativ data i samtaleanalyser mener de likevel at en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ data kan gi et mer detaljert bilde av fenomenet.

De gangene jeg kvantifiserer deler av samtalen vil jeg veksle mellom kvantifisering og beskrivelse av kommunikasjonsatferden til deltakerne. Vekslingen mellom kvantifisering og beskrivelse kan en kanskje se på ut fra den hermeneutiske sirkel. Den hermeneutiske sirkelen dreier seg om å undersøke noe nærmere ved å veksle mellom deler og helhet i en kontekst (Kalleberg, 1998). For å forstå bestemte ytringer og handlinger må man gå til den bredere kontekst, for å forstå den bredere kontekst må man forstå de mindre delene den består av (Kalleberg, 1998). I dette studiet vil de mindre delene være ulike transkriberinger eller kvantifiseringer som jeg trekker ut for å beskrive og forklare bedre hvordan fenomenet

hverdagskommunikasjon viser seg. Det som er kvantifisert og transkribert vil så igjen ses i en større sammenheng der hele konteksten, eller hele samtalen, tas med i betraktning. Etter at jeg har gått induktivt inn i datamaterialet vil jeg altså prøve å plukke ut deler som jeg forklarer nærmere, for så igjen, å se det i sammenheng med helheten. Hermeneutikere i psykologien mener man ikke skal kvantifisere (Kruuse, 2007). At hermeneutikere mener en ikke skal kvantifisere vil kanskje føre til at noen mener det er feil å bruke den hermeneutiske sirkel i en sammenheng hvor det inngår kvantifisering. En kan også se på hermeneutikk som virksomhet ved at en skal "komme fram til en velbegrunnet tolkning, meningsutlegning, forståelsesutlegning av et meningsformidlende materiale" (Wormnæs, 2005, s. 10). Som sagt vil validering ut fra et hermeneutisk syn dreie seg om å undersøke, eller med andre ord gjennomføre dyptgående fortolkninger og observasjoner (Kruuse, 2007). Jeg bruker den hermeneutiske sirkel i en sammenheng hvor kvantifiseringen brukes for bedre å beskrive et fenomen, ikke for å lage kategorier eller enkle forklaringer. Fordi jeg anvender kvantifiseringen som et verktøy i en dypere og mer detaljert beskrivelse mener jeg den hermeneutiske sirkelen også kan anvendes som et verktøy i dette studiet.

#### **3.4.4 Reparasjoner i samtalen**

I samtaleanalyser ser en, som sagt, etter regelmessigheter og resultater som akkumuleres. Det vil si at regelmessigheten og resultatene som en finner bygger på hva andre har funnet før (Steensig, 2010). I samtaler med personer som har ulike språkvansker vil det oppstå misforståelser (Ahlsén & Nettelbladt, 2008). Misforståelsene eller fenomener assosiert med reparasjon gjør at språkvaransen blir synlig og får konsekvenser for deltakerne i kommunikasjonen (Goodwin, 2003). Innen samtaleanalyse har store deler av forskningen hatt fokus på organisasjon av reparasjoner (Goodwin, 2003). Når regelmessigheter og resultater jeg finner i dette studiet skal akkumuleres vil det derfor være naturlig å se på reparasjoner i samtale til de to kasus. Prins og Bastiaanse (2004) har skrevet et review hvor de viser at en objektivt kan måle forbedringer i kommunikasjonen i samtaler hvor personer med afasi deltar ved å gjøre kvantitative analyser av samarbeidende reparering. I tillegg til å akkumulere resultater skal en i samtaleanalyse også gå inn med åpent blikk. Med andre ord se etter resultater og mønstre uten å ta i betraktning sine allerede eksisterende oppfatninger (Prins og Bastiaanse, 2004). Selv om jeg har bestemt meg for å se på reparasjoner mener jeg at jeg fortsatt kan gå inn med et åpent blikk. Jeg har snevret inn område hvor jeg ser etter mønstre og resultater, men jeg har ikke bestemt meg for hva jeg skal se etter i reparasjonene.

## 4 Resultater, analyse og drøfting

Jeg begynner dette kapitlet med å beskrive afasien og kommunikasjonen til begge kasus. Jeg har valgt å beskrive afasien og kommunikasjonen med utgangspunkt i informantenes første videoklipp, fordi dette klippet viser hvordan kommunikasjonen til personene opprinnelig ble observert. Det er ut fra det første samspillet jeg skal se om det har oppstått endringer. Jeg har valgt å skille de to kasus fra hverandre, fordi kommunikasjonen i de to tilfellene er såpass ulike at de er vanskelige å presentere i en sammenheng. Etter beskrivelsen av kommunikasjonen til de to kasus vil den resterende delen av kapitlet grovt sett bli delt inn i to deler. I den første av disse to delene vil jeg, ut fra inntrykket jeg fikk når jeg gikk inn med åpent blikk og uten forventninger, beskrive og drøfte eventuelle endringer i kommunikasjonen og se om SunCIST kan være med å forklare eventuelle endringer. I den siste av de to delene vil jeg gjøre det samme med å ta utgangspunkt i reparasjoner.

### 4.1 Beskrivelse av kommunikasjonen

Som beskrevet i teoridelen er kommunikasjon en samhandlingsprosess hvor alle som deltar er med å bidra til produktet som oppstår. En beskrivelse av kommunikasjonen mellom to personer krever altså fokus på begge samtalepartnere. Hvilke vansker med språket personer med afasi har og hvordan disse vanskene påvirker kommunikasjonen vil også inkluderes. Beskrivelsen vil altså inneholde mer enn hva som blir sagt.

#### 4.1.1 Kommunikasjonspar ED

Kommunikasjonsparet ED består av en eldre dame (E) og hennes voksne datter (D). E har hatt afasi i mange år og talen er preget av minimale turer og responser. Ordene og frasene; ”akkurat”, ”nemlig”, ”virkelig”, ”det mener jeg”, ”riktig”, ”ja” og ”ikke sant” er høyt representert. Nedenfor vises hvordan E bruker noen av disse minimale turene og responsene.

D: Den utviklingen du har hatt fra du fikk hjerneslaget til i dag=

E: =ja ikke sant=

D: =så er du jo helt enestående

E: huff ja det mener jeg

**Transkripsjon (3):** Minimale turer og responser

Transkripsjon (3) viser hvordan E responderer på ytringene til D. Tegnet: ”=” i transkripsjon (3) indikerer at E har planlagt og er klar til å si sin respons før D har fullført sin tur. Det som også er interessant er at E responderer med ”det mener jeg”, noe man ofte hører bli sagt i

tilfeller hvor en refererer til noe en selv har sagt. Det kan altså virke som om E prøver å få fram ”det mener jeg også”. Selv om E bruker denne frasen på en måte som en ikke ser så ofte, virker det ikke som om det kommer i veien for kommunikasjonen videre. Det oppstår ingen tegn til at D ikke forstår hva E mener i dette tilfellet så intensjonen bak utsagnet ser ut til å komme fram. Selv om det kan virke som E gjør seg forstått i kommunikasjonen kan samtalen noen ganger bære preg av å stoppe opp. Tempoet i talen virker ikke påfallende, men det kan noen ganger føles som om datteren drar samtalen uten så mye støtte fra E. Kanskje kan de minimale turene være en årsak til dette. E kommer med få utvidende sekvenser. Når E ikke bruker så mange av sine turer til å utvide samtalen kan det nok være med å føre til at det blir mye spørsmål og svar, snarere enn lengre samtalesekvenser. Det kan virke som spørsmålene ofte blir stilt av datter og at mor svarer. Transkripsjonen under viser et eksempel hvor datter stiller spørsmål og mor svarer. Sekvensen som er transkribert fant sted mot slutten av samtalen.

- E: Du spør hele tiden og jeg svarer (0.5) ikke sant?  
D: jeg gjør det for at vi skal komme på film  
E: ((latter))  
D: så vi skal ha noe å si

#### **Transkripsjon (4): Spørsmål og svar**

Transkripsjon (4) viser at D har en intensjon bak spørsmålene hun stiller. I tillegg viser transkripsjonen at E er bevisst hvem som gjør hva i samtalen, at det er datteren som stiller spørsmål og hun som svarer. I en samtale er det personen som velger emnet som ”eier” det, eller med andre ord har rett og plikt til å videreutvikle det (Lind, 2000). På den måten kan en tenke seg at i samtalen hos kommunikasjonspar ED er det ofte D som ”eier” emnet fordi det er hun som stiller spørsmålene. Videre i samtalen fra transkripsjon (4) spør D om E har noe hun vil ha sagt, og oppfordrer henne i så fall til å si det. E sier at hun ikke har noe hun vil ha sagt. Det virker altså ikke som E har vansker med at D styrer valg av emne, eller at det er derfor E har så korte svar. Det kan virke som om ytringen til E i transkripsjon (4) mer var et ønske om å få sagt at afasien setter begrensninger for samtalen enn en kommentar om at hun har lyst til å snakke om noe annet. Spørsmålene datteren stiller er ofte av en art som legger opp til at E skal svare med mer enn korte setninger eller enkeltord. For eksempel kan datteren begynne spørsmålene med: ”fortell litt om...”. Når E svarer på spørsmålene opptrer ofte ordleting. Når E leter etter ord bruker hun mye gester for å forklare hva hun mener eller som hjelp for å finne ordet. I tillegg kommer samarbeidet i kommunikasjonen fram i ordletings situasjonene ved at D stiller spørsmål i søken etter ordet. Flere ganger har de såkalte ”hint-

gjett” sekvenser hvor de i samarbeid finner ordet E leter etter. Når datteren skjønner hvilket ord E skal fram til skjer det også at hun prompter på målordet. Dette er som regel nok til at E finner ordet og kan produsere det selv.

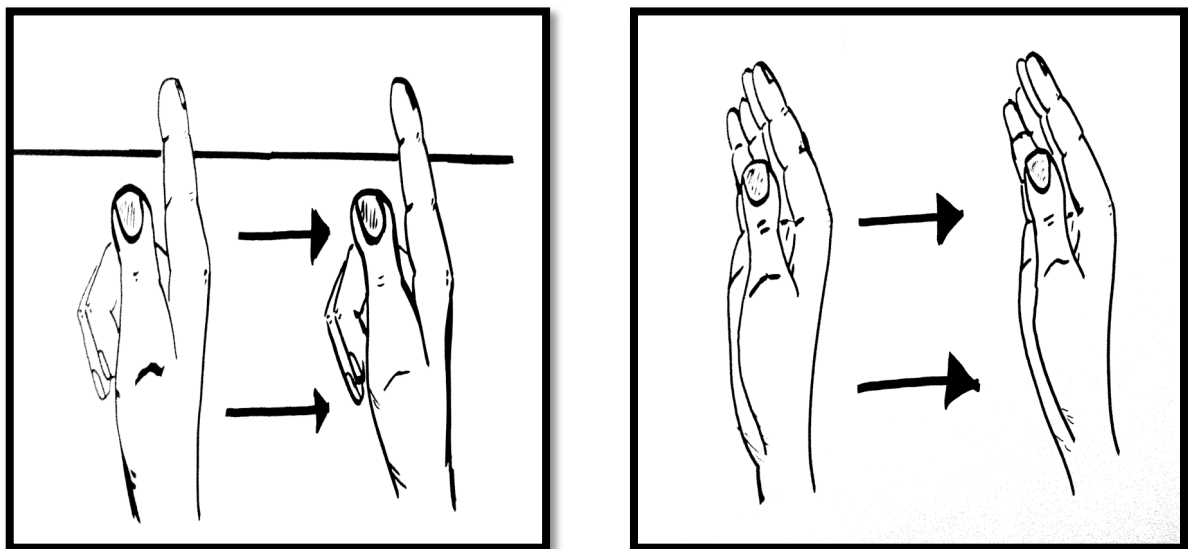
### **4.1.2 Kommunikasjonspar MK**

Kommunikasjonsparet MK består av en mann (M) og konen (K) som har vært gift i mange år. M har ikke hatt afasi like lenge som E, men lenge nok til å være forbi akuttstadiet, og med det er han også forbi spontanbedringsfasen. Afasien til M er også preget av ordleting, men hvor E bruker minimale turer og har pauser før hun finner målordet så trekker ofte M på den initierende lyden i ordet. Talen observeres som ganske stakkato og treg. Det kan beskrives som å se en film i sakte tempo der lyden er litt hakkete. I tillegg prater M med relativt lav lydstyrke så noen ganger kan det være vanskelig å oppfatte ordlyden. Når lydforlengelse på de initierende lydene hos M opptrer, vises ofte medbevegelser med munnen samtidig. Medbevegelser med munnen vil si at leppene beveger seg, men det kommer ikke noe lyd. Det kan virke som han ikke finner den riktige artikulasjonsstillingen. I tillegg til afasien sin har M også taleapraksi. Taleapraksi er en tilleggsvanske man ofte kan få ved afasi og viser seg som vansker med å utføre talebevegelser raskt og i riktig rekkefølge, vansker med å uttale de enkelte språklydene og lydforvekslinger (Quenild et al., 2010). Selv om ordleting ofte ses i sammenheng med medbevegelser med munnen, er det også tilfeller hvor M leter etter ord uten denne sammenheng. Da kan ordleting vise seg ved pauser som oftest varer i 3-5 sekunder. Det var også et tilfelle hvor pausen var 14 sekunder lang. Når de lange pausene forekommer sitter oftest kona og har øyekontakt med M fram til han klarer å produsere ordet. Noen ganger kikker M ned i bordet og gir uttrykk for at det er vanskelig å produsere ordet. For eksempel ved at han stønner. Da tar ofte K over ved å stille et spørsmål eller gi en bekreftelse på at hun forstår.

Det kan være vanskelig å vite årsaken til M sin ordleting. En kan kanskje tenke seg at de gangene M har medbevegelser med munnen så er det taleapraksien som er årsaken, fordi det da kan se ut til at ordleting skyldes vansker med å finne riktig artikulasjonsstilling. De gangene han har pause for å finne et ord så kan en kanskje tenke at det er afasien som er årsaken fordi afasi blant annet dreier seg om vansker med å finne riktig ord. Fordi taleapraksi og afasi ikke alltid er like lett å skille er tanken om hvilke ordletingstilfeller som skyldes afasi og hvilke som skyldes taleapraksi en antakelse, og ikke en konklusjon. En annen karakteristika ved Ms tale som kan være vanskelig å vite om skyldes afasi eller taleapraksi er

at han flytter rundt på lyder i ordene. For eksempel kan han si "deltist" i stedet for "deltids" eller "utgravnirnger" i stedet for "utgravninger". Dette kan skyldes afasien og kalles da fonemisk parafasi, men det kan også skyldes taleapraksien ved at han ikke alltid klarer å produsere den intenderte lyden. Omstokkingen av lyder gjør at M noen ganger stopper opp og retter på seg selv, eller bruker litt lengre tid på å produsere ordet fordi han skjønner det er noe feil, men det ser ikke ut til at K reagerer noe på dette. Clark og Schaefer (1989) sin modell for samarbeid i samtaler viser, som beskrevet under punkt 2.3.5, hvordan man samarbeider om felles forståelse. At K beveger seg videre i kommunikasjonen, og responderer i samsvar med hva M har sagt, kan ut fra modellen til Clark og Schaefer (1989) fortelle oss at K velger å overse at ordet ikke er produsert helt riktig, og har forstått hva M sier.

Et annet eksempel på når K forstår hva M mener uten at det blir sagt så mye er når han bruker gester. M bruker ikke så mange gester, men noen ganger bruker han hånden eller fingrene for å vise hva han mener. I Figur (2) (selvprodusert) vises hvordan M flytter hånden.



**Figur (2):** Gestikulering med finger langs bordkanten og gestikulering med hånd

Figur (2) viser hvordan M beveger fingeren langs bordkanten og hvordan han drar hånden langs bordet. Uten kontekst forstår man ikke så mye av hva M mener med disse bevegelsene. Transkripsjon (5) viser hvordan M bruker gestene sammen med talespråket for å få fram det han mener. Ekteparet snakker om å reise på ferie, og lurer på hvordan K skal ordne fri fra arbeid.

K: m: (1.0) ja (1.0) jeg skal jo ha ferie så  
M: ja (0.5) g::a:i:j::e: jobbe i::: h:ehhehele: uken også  
Drar pekefinger langs bordkanten  
(1.0) e ferie (0.5) også (4.0)  
drar hånden langs bordkanten drar hånden langs bordkanten  
K: ja (1.0) vi får se på det.

#### Transkripsjon (5): Gester

I transkripsjon (5) og figur (2) kan en se hvordan M bruker henholdsvis pekefingeren og hånden for å vise at han snakker om noe som beveger seg, altså tid. Det kan se ut til at han vil ha fram at noe skjer først og noe etter. Når en ser på språket i bruk som sentralt og innhold og form understilt dette (Owens Jr., 2010) vil turen til M bli sett på som en interessant ytring som en ved å se på konteksten kan forstå bedre. Tidligere i opptaket snakket M om at K har en deltidstilling og det kan virke som M prøver å få fram at K kan arbeide fullt en uke, så ta fri en uke, for så å jobbe fullt en uke igjen. K ser ut til å forstå hva M mener for hun beveger seg videre i samtalen. Eventuelt kan det bety at det interaksjonelle ved kommunikasjonen er mer i fokus enn det transaksjonsbaserte. Det vil med andre ord si at K beveger seg videre i samtalen fordi hun ikke ønsker å gi M en dårlig opplevelse ved å henge seg opp i noe som kan ta lang tid å løse. Ofte når K er i tvil om hva M mener spør hun hva han mener eller gjentar det hun tror han sier så han kan bekrefte eller avkrefte. Det gjør hun ikke i transkripsjon (5), noe som kan tyde på at hun forstår hva han mener. Flere ganger i opptaket ser en at K beveger seg videre i samtalen uten å fokusere på at språket til M ikke er fullstendig. Også her kan Clark og Schaefer (1989) sin samarbeidsmodell vise hvordan man ut fra samtalen videre kan tolke at K forstår hva M mener.

## 4.2 Åpen tilnærming

Problemstillingen viser at jeg skal se om det er endringer i kommunikasjonen før og etter SunCIST. Som beskrevet under punkt 3.4.1 i metodedelen skal en i samtaleanalyse gå inn med åpent blikk. Man kan ikke på forhånd ha bestemt seg for at noe ikke er interessant (Klippi, 1996). Samtaler har en viss orden som oppfattes av deltakerne i samtalen og dem som observerer (Schegloff Emanuel & Sacks, 1973). Selv om samtaler med personer som har afasi ofte virker tilsynelatende usystematisk trenger det ikke være det for personene som deltar i samtalen (Lind, 2005a). I samtaleanalyse vil man undersøke hvordan systematikken i samtalen organiseres og hvordan ulike deltakere i samtalen oppnår kommunikative mål (Liddicoat, 2007). Wittgenstein mener en persons ytring er basert på hva som er sagt tidligere



og hvordan en tror samtalepartneren vil oppfatte det som blir sagt (Duranti, 1997). Deltakerne i samtalen vil ha en intersubjektivitet eller en felles forståelse (Klippi, 1996). En finner også sin rolle i det sosiale samspillet (Lind, 2005b; Simmons-Mackie, 2008), og vil handle ut fra dette. Deltakere i samspillet foretar tause *resonnement*, og har sosiolingvistisk kompetanse som ligger bak det de sier (Hutchby & Wooffitt, 1998). Det er denne tause kunnskapen en prøver å finne ut mer om. En leter altså etter systemer og mønstre, uten å ha bestemt på forhånd hvordan dette skal måles. En antar også at systemer og mønstre en finner er et resultat av bevisste deltakers rolle i samtalen og et ønske om å oppnå felles forståelse eller intersubjektivitet. Deltakerne vil ikke forklare hvordan eller hvorfor de handler som de gjør, derav den tause *resonnement*. Ut fra problemstillingen vil jeg prøve å finne ut hvordan begge kommunikasjonsparene handler og se om dette forandrer seg etter intervensjon.

#### 4.2.1 Initiativ i samtalen med E

I første videoopptak med kommunikasjonsparet ED kunne det som sagt under punkt 4.1.1 virke som datteren tok mesteparten av initiativet i samtalen og at den var preget av mange spørsmål fra hennes side. I det andre opptaket hvor lyden gikk i stykker har jeg som sagt et minutt med film som det er lyd på. I dette utsnittet fikk jeg følelsen av at E tok mer initiativ i samtalen enn hun gjorde i første opptak. Samme følelse satt jeg igjen med når jeg gikk gjennom det tredje opptaket. For å se om antakelsene mine om mer initiativ stemte, kvantifiserte jeg hvem som tok initiativ til å starte nye samtalesekvenser, og viser det i tabell (2) nedenfor. Det er telt hvor mange samtalesekvenser som totalt forekommer når hele videomaterialet i alle opptakene er utgangspunkt. Det er også telt hvor mange ganger hver av de to (E og D) tar initiativ. Det er kvantifisert i antall og prosent.

**Tabell (2):** Initiativ til nye samtalesekvenser

Initiativtaker	Eldre dame (E)	Datter (D)	Totalt
Opptak 1	6 (23%)	20 (77%)	26 (100%)
Opptak 2	1 (33%)	2 (67%)	3 (100%)
Opptak 3	9 (43%)	12 (57%)	21 (100%)

Note: Opptak 2 består av en sekvens på 1 min, mens Opptak 1 og Opptak 3 består av en 20. min sekvenser.

Som vist i tabell (2) tar E mer initiativ til nye samtalesekvenser i andre og tredje opptak, sett i forhold til første opptak. Datter tar mindre initiativ til nye samtalesekvenser i opptak 2 og 3. Med tanke på at andre opptak er såpass kort kan en ikke si så mye ut fra disse tallene, men antakelsen om at E tar mer initiativ i samtalen styrkes når en ser at E også er mer aktiv i

dannelse av nye sekvenser i tredje opptak. Personer med afasi kan ha vansker med å produsere den første delen av et avpasset par (Klippi, 1996). Hvis det er vanskeligere å produsere den første delen av et avpasset par for en person med afasi sier dette kanskje noe om at innsatsen E må legge ned for å vise initiativ er større enn innsatsen datteren legger ned i det. Kanskje er språket til E bedre i det tredje opptaket slik at hun med samme innsats som tidligere nå kan ta mer initiativ. Eller kanskje har det skjedd noe som gjør at E velger å legge ned enda mer innsats i samtalen.

I tillegg til at datteren tok mindre initiativ i det siste opptaket virket det som initiativet hun tok var av en annen art. Som nevnt var mye av initiativet D tok i første samtale formet som spørsmål. Når D stilte spørsmål i første opptak oppsto det flere tilfeller hvor hun rettet på seg selv, eller med andre ord reparerte samtalen. Reparasjoner i en samtale forteller oss at noe ikke er riktig (Lind, 2000). Når man stiller spørsmål har man forventinger om et svar, og ofte en bestemt type svar (Prins & Bastiaanse, 2004). Når D initierte reparasjoner var det oftest i form av ordleting, der det virket som hun lette etter noe å stille spørsmål om eller omforming av ytringer slik at de fikk spørsmålsform. Det kan med andre ord se ut som at D ønsket å ha en spørsmålsform på ytringene sine. En ytring kan bære med seg en forventning om et visst type svar (Duranti, 1997). Kanskje D ønsker å stille spørsmål fordi et det krever et svar fra E, og dermed kan spørsmål være med på å få E til å snakke mer. En viktig del av det teoretiske bakteppet for oppgaven er at kommunikasjonen er påvirket av alle deltakerne. Ved å se på D sine ytringer kan en kanskje derfor også si noe om E sin kompetanse. I tabell (3) nedenfor er det tatt utgangspunkt i D sine initieringer og reparasjoner av egne ytringer. Det vises i hvilken type ytringer selvinitieringen og selvreparasjonen forekommer. Det skilles mellom spørsmål- og responsytringer. Med andre ord viser tabell (3) hvor ofte reparasjoner forekommer i spørsmål og hvor ofte de forekommer i ytringer D selv intenderer og reparerer.

**Tabell (3):** Formen på ytringene til D når reparasjonene er selvinitierte og selvreparerte

Selv-intendert/reparert av D	Spørsmålsytringer	Responsytringer	Totalt ytringer
Opptak 1	11 (44%)	14 (56%)	25 (100%)
Opptak 3	1 (10%)	9 (90%)	10 (100%)

Tabell (3) viser at datteren har færre reparasjoner i postopptakene i forhold til preintervensjon. I tillegg opptrer reparasjonene annerledes. I begge opptakene er reparasjonene selvinitiert og reparert i samme tur, men i første opptak opptrådte 11 av 25

reparasjoner i spørsmål, mot ett av ti i siste opptak. I det siste opptaket var 90 % av reparasjonene til D i ytringer som var respons på noe E hadde sagt. Det kan altså virke som om D ikke på samme måte holder samtalen i gang i det siste opptaket. Når det gjelder datterens reparasjoner i responsen er reparasjonskildene preget av lydforlengelser, repetering av ord og pauser. I de fleste samtaler opptrer det stadig vanskeligheter som krever reparasjoner, men i ”vanlige samtaler” finner ofte reparasjonen sted innen den tredje turen etter reparasjonskilden (Booth & Perkins, 1999). Dersom kommunikasjonen ikke forstyrres av fenomenene som assosieres med reparasjon er de ikke av betydning for kommunikasjonen (Schegloff et al., 1977). Repareringen til D foregår i samme tur som reparasjonskilden og initieringen til reparasjonen og samtalen beveger seg fort videre, noe som tyder på at reparasjonene ikke forstyrrer kommunikasjonen i stor grad. En kan likevel se en liten forskjell i reparasjonene i spørsmålene i forhold til responsen.

Når reparasjonen forekommer i spørsmålene er det ofte fordi D gjør om setningen fra et utsagn til et spørsmål. I responsytringene er årsaken til reparasjonen oftere ordleting som raskt repareres. I de fleste tilfellene fører altså ikke datterens omformuleringer eller ordleting til store forstyrrelser i kommunikasjonen, men det at antall reparasjonskilder i spørsmålsformuleringer minket fra første til siste opptak kan kanskje fortelle oss at D føler et større behov for å holde samtalen i gang i det første opptaket. Det er naturlig å tenke seg at der det er størst behov for å vedlikeholde, er der det er flest vanskeligheter. Det kan altså se ut som at D føler mer ansvar for å produsere tekst og legge til rette for at E kan produsere tekst i første opptak sett i forhold til det siste. Dette blir også underbygget av transkripsjon (4) under punkt 4.1.1 hvor datteren sier hun stiller mange spørsmål fordi de er på film og skal ha noe å si.

I tillegg til tabell (3) som viser at datteren sine turer er preget av færre spørsmål i post-opptaket viser tabell (2) at post-opptaket består av færre sekvenser enn pre-opptaket. I samtaler med personer som har afasi vil ofte reparasjoner ta lengre tid å gjennomføre (Milroy & Perkins, 1992). Færre sekvenser kan altså bety at de bruker lengre tid på hvert emne fordi det tar lengre tid å etablere felles forståelse rundt emnet. Det vil si at kommunikasjonen i så fall er blitt mindre effektiv. Jeg tror ikke kommunikasjonen er mindre effektiv fordi det totalt forekommer færre reparasjoner i post-opptaket, samt at reparasjonene de samarbeider om tar kortere tid å løse i det siste opptaket. Dette blir forklart mer utdypende under punkt 4.3.1, så foreløpig er poenget at det ikke ser ut til at ED bruker lengre tid på å oppnå felles forståelse i

opptak 3. Med andre ord kan det se ut til at færre sekvenser hos ED kan bety at kommunikasjonen bærer mer preg av utvidende turer. I det tredje opptaket tar altså E mer initiativ til å danne nye sekvenser i tillegg til at det kan se ut som hun i sine turer utvider samtalen og ikke bare kommer med korte enkeltord og fraser. Formen på reparasjonene som D initierer tyder også på at datteren strever mindre for å holde samtalen i gang i post-opptaket. Til sammen kan disse resultatene implisere at kommunikasjonen har endret seg fra første til siste opptaket.

Hvis en skal prøve å se på hvordan SunCIST kunne ført til endringene som er beskrevet ovenfor kan en se på hvordan kortspillaktiviteten som brukes i SunCIST fungerer. Kortspillaktiviteten går som nevnt ut på at en person spør en annen om de har et bestemt kort som en trenger for å danne et par (Kirmess, 2011). Når en spør en annen person om han har et bestemt kort kan det få tre utfall; personen som blir spurt gir deg kortet du trenger, personen som blir spurt svarer at han ikke har kortet, eller personen som blir spurt ønsker en oppklaring i spørsmålet (Berthier & Pulvermüller, 2011; Kirmess & Maher, 2010). Spillerne fortsetter i tur å spørre hverandre til alle kortene har dannet et par (Meinzer et al., 2007). Kortspillaktiviteten legger opp til at alle må delta i kommunikasjonen. Hvis en person velger å ikke si noe kan ikke aktiviteten fullføres fordi alle kortene må danne et par. Kortspillaktiviteten gjør altså at alle som deltar må stille spørsmål og svare på spørsmål. Alle deltakerne oppfordres til å produsere ytringer etter best mulig språklig evne (Kirmess, 2011; Meinzer et al., 2007). Det betyr at dersom en persons språklige evner tilsier at han kan svare mer enn nei, på spørsmålet om han har et kort, må han også gjøre det ved å utvide sekvensen. Blir han spurt: ”har du et kort med en ball” kan han svare ”nei, jeg har ikke et kort med en ball” i stedet for bare nei. I avsnittet ovenfor ble det sagt at det kunne se ut til at E tar mer initiativ til å danne nye sekvenser og bruker mer utvidende turer i tredje opptak. Kanskje kan SunCIST ha vært med å påvirket til denne endringen ved at E har sett viktigheten av at alle bidrar i kommunikasjonen. Kortspillaktiviteten kan kanskje også ha gjort at E har blitt bedre til å stille spørsmål og utvide sekvensene sine fordi hun har blitt vant til å svare mer utdypende. En kan altså tenke seg at deltakelse, spørsmål, svar, utvidede sekvenser og turer som en øver på i kortspillaktiviteten kan overføres til mer frie samtaler som en ser i hverdagskommunikasjonen.

I det andre videoopptaket som er tatt umiddelbart etter intervensjon spør E: ”snakker jeg veldig korte setninger nå?”. Når en vet at videoopptak nummer to er tatt rett etter

intervensjon er det nærliggende å tenke seg at det er SunCIST som har gjort henne bevisst på utvidelse av turer. I det tredje opptaket kan det som beskrevet tidligere virke som om E tar mer initiativ og utvider turene sine mer enn hun gjør i det første opptaket. Om det er bevisstheten rundt utvidede turer som en så i andre opptak som vedvarer inn i tredje opptak kan være vanskelig å vite. Personer med afasi bruker språket ulikt i ulike kontekster (Carragher et al., 2012). Personer med afasi bruker også ofte ting i rommet som hjelp i kommunikasjonen (Luck & Rose, 2007). Med tanke på at det tredje opptaket er tatt hjemme hos E kan endringer i kommunikasjon skyldes endring av kontekst, eller at E har flere gjenstander i rommet som hun lett har tilgang til og kan bruke i kommunikasjonen. En kan altså ikke trekke konklusjonen at det er SunCIST som har ført til endring i bevissthet rundt utvidede turer og endring i hvordan kommunikasjonen viser seg, men en kan heller ikke utelukke at det er SunCIST som har bidratt til endringen. Hvis det er SunCIST som har ført til endringen i det tredje opptaket vil det være interessant fordi det betyr at intervensjonen ikke bare har en umiddelbar virkning etter gjennomføring, men også i en friere kommunikasjonsform flere uker senere. Det vil også være interessant dersom det er situasjonskonteksten som gjør at kommunikasjonen har endret seg fordi det kan bety at situasjonskonteksten er av stor betydning for kommunikasjonen. Har situasjonskonteksten en så stor betydning vil det være interessant å se nærmere på om det er mer enn lett tilgang til gjenstander i rommet som gjør at endringer i situasjonskonteksten har så stor påvirkning på kommunikasjonen.

#### **4.2.2 Overgang til nytt tema hos kommunikasjonspar MK**

Da jeg gikk gjennom videoopptakene til kommunikasjonsparet MK var ikke opplevelsen av endring i kommunikasjonen like sterk som hos kommunikasjonsparet ED. Det som likevel slo meg var at den siste samtalen til MK viste mer gradvise overganger. Med det menes som beskrevet under punkt 2.3.3 at hoved emnet i en ny samtalesekvens bygger videre på en perifer del i den forrige sekvensen. Med andre ord hadde nye temaer som ble introdusert i samtalen en link til tidligere temaer. I første opptaket virket det som MK hoppet mer på nye temaer der en ikke kunne se noen tydelig sammenheng til tidligere temaer. Ut fra dette kvantifiserte jeg hvor mange gradvise overganger og hvor mange punktuelle overganger det var i første og siste opptak.

**Tabell (4):** Overgang til nytt emne

Overganger	Punktuelle	Gradvis	Totalt
Opptak 1	10 (37%)	17 (63%)	27 (100%)
Opptak 3	2 (9%)	20 (91%)	22 (100%)

Tabell (4) viser at antall og prosentvis er det flere punktuelle overganger i første opptak sett i forhold til tredje opptak hvor det er flere gradvise emneskifter. Mentis og Prutting (1991, ref. i Lind, 2000) har gjort et forsøk som viser at en samtale med en person med afasi har flere punktuelle emneskifter enn i en normal samtale. Det er få studier som er gjort på emneorganisering (Lind, 2000), men stemmer det som vises i Mentis og Pruttings studie, at normale samtaler har flere gradvise overganger enn det en har i samtaler med personer med afasi, kan det bety at MK er nærmere en normal samtale etter intervensjon.

I Tabell (4) kan man også se at det i første opptak er flere samtaleemner enn i opptak 3. At antallet samtaleemner er flere i første opptak kan bety at MK bruker lengre tid på å produsere ytringer i tredje opptak slik at de ikke rekker så mange emner, eller det kan bety at de snakker mer rundt hvert emne i det tredje opptaket. Inntrykket mitt er at samtalen i tredje opptak ikke går tregere og derfor er preget av flere utvidende turer. For å se nærmere på taletempo har jeg transkribert en sekvens fra første opptak og en fra siste opptak som begge varer i 96 sekunder. Så har jeg kvantifisert mengden ord som produseres på disse 96 sekundene, samt antall pauser og lengden på dem. De to transkripsjonene hvor ordene er telt er presentert nedenfor, i transkripsjon (6) og (7).

M: n::enår når d:et så: er en sånn (5.0) sånn eh deltis:t jobb [så]  
 K: [m:]  
 M: bør man kunne finne (0.5) at d (2.0) at (2.5) kom (3.5)  
snur seg mot venstre og ser ned i bordet  
 K: hva mener du?  
 M: (1.5) j:e:g (4.5) de (5.5) det kan ikke v::i være::: (2.0) ((stønner)) (14.0)  
ser ned i bordet  
 vid må jo ha må kunne tente til uken etter,  
 K: m: (1.0) ja (1.0) jeg skal jo ha ferie så  
 M: ja (0.5) g::a:i:j::e: jobbe i:: h:ehehele: uken også  
Drar pekefinger langs bordkanten  
 (1.0) e ferie (0.5) også (4.0)  
drar hånden langs bordkanten drar hånden langs bordkanten  
 K: ja (1.0) vi får se på det.

**Transkripsjon (6):** Første opptak, mengde tekst på tid

K: Da synes jeg du skal fortelle: hva du gjorde i dag på hos logopeden  
 M: ja:: vi:: leste i ded::en (1.0) e (2.0) lett å lese vetu:  
 K: Er det en bok?  
 M: Nei det er e:n:: sånn avis som kommer av og til  
 K: åja en avis,  
 M: j:a [så] kan du s: (4.0) i: alle fall så leste vi om (4.0) u::tgravnir:nger  
 K: [da s]  
 (3.0) hvor da?  
 M: (1.5) i:: g:amle Oslo  
 K: åja, (2.0) m:;  
  
 M: (1.0) e: den d:erre: kirke::v:e:d::en hvore: skal (1.5)  
 hvore det er n::o: bygging: (4.0)  
 ser ned i bordet  
 K: eh gamlebyen?  
 M: ja  
 K: m:, (3.5) hadde de funnet no:e (1.5) [spesielt]  
 M: [ja det] er sånn e: sånn eh::: dederden  
 studenten på 1600 tallet (0.5) som (1.5) g::ravet ut

**Transkripsjon (7):** Siste opptak, mengde tekst på tid

Mengden tekst som produseres i transkripsjon (6) er 2/3 av mengden som produseres i transkripsjon (7). Sekvensene valgt fra første og siste opptak er som sagt like lange. I tillegg til at MK produserer mindre tekst i transkripsjonen før intervensjon har også transkripsjon (6) flere og lengre pauser. I sekvensene på 96 sekunder som jeg har transkribert vises det altså at MK produserer tekst mer effektivt etter intervensjon. Transkripsjon (6) og (7) kan vise at det i akkurat de to tilfellene er mer effektiv kommunikasjon. En kan tenke seg at når mer effektiv kommunikasjon er tilfelle i et eksempel vil det kanskje også være det i flere. Dersom en supplerer transkripsjon (6) og (7) med tabell (4) hvor det vises at overganger til nye samtaleemner er mer gradvise i det siste opptaket styrker det tanken om at kommunikasjonen til MK er mer effektiv etter intervensjon.

I starten av avsnitt 4.2.2 kommenterte jeg at det ikke var like tydelige endringer i kommunikasjonen hos MK som hos ED etter intervensjon. Selv om inntrykket mitt var at det ikke var så store endringer i kommunikasjonen fra første til tredje opptak kan det se ut til at forskjellen er større enn min antakelse etter en mer systematisk gjennomgang av datamaterialet. I kommunikasjonen til MK kan det se ut til at det er en forskjell i hvor stor grad nye samtalesekvenser bygget på forrige. Transkripsjon (6) og (7) som begge er på 96 sekunder viser at det også kan være noen endringer i taletempoet til M. Hvis en tar bort mengden tekst som K produserer i de to transkripsjonene vil siste opptak fortsatt inneholde 2/3 mer tekst. Dersom en i tillegg fjerner tiden K bruker på å produsere sin tekst viser det seg

at M har ti sekunder mer taletid i det første opptaket. Selv med mindre tid får altså M produsert mer tekst i det siste opptaket. Endringene i tekstproduksjon fra første til tredje opptak kan altså se ut til å tilskrives M. Skal en si dette mer sikkert må en se på flere aspekter ved talespråket. For eksempel om ordene er høyfrekvente eller lavfrekvente. En skal altså være forsiktig med å trekke for bastante slutninger ut fra en enkelt transkripsjon, selv om de er valgt ut tilfeldig, men en kan se at det er en endring fra transkripsjon (6) til transkripsjon (7). Da er kanskje også muligheten tilstede for at en endring ville synes dersom en hadde sammenliknet flere sekvenser.

I avsnittene over beskrives en tilsynelatende endring i samtaleoverganger i kommunikasjonen hos MK. I kortspillaktiviteten i SunCIST er det bestemt på forhånd hva en skal tale om, når man skal prate, og i hvilken rekkefølge de forskjellige personene skal snakke (Difrancesco et al., 2012). Selv om det er lagt opp til kommunikativ samspill er det altså ikke like fritt som i hverdagskommunikasjon. Når samtaleemnet er bundet og det er bestemt hvem som skal starte å snakke og hva en skal snakke om, vil ingen spesielle personer "eie" emnet. Det er altså ingen bestemte personer som har rett og plikt til å videreføre emnet. Alle som deltar i kortspillaktiviteten i SunCIST har denne retten og plikten, ellers vil en ikke kunne fullføre aktiviteten. I kortspillaktiviteten vil hver tur bygge på forrige tur. Et svar vil bygge på et spørsmål, og spørsmålet som stilles etter svaret vil avhenge av hvilke kort som er spurt om tidligere (Difrancesco et al., 2012). Når hver tur så tydelig bygger på forrige tur kan en kanskje tenke seg at personen med afasi blir mer bevisst på utvidelse av turer og sekvenser. Kanskje kan kortspillaktivitetens øvelse i å bygge hver tur på den forrige overføres til gradvise emneoverganger hvor en tar en del av det forrige emnet og gjøre det om til et nytt hoved emne.

Tidligere har det blitt vist at det kan virke som M sitt taletempo har endret seg fra første til siste opptak. I språktrening er det mulig å konstruere en optimal læringssituasjon hvor ord som øves på kan være klart definerte (Pulvermüller & Berthier, 2008). I kortspillaktiviteten i SunCIST er den språklige konteksten utvetydig, bildene på kortene gir støtte til å finne ordene, en følger en slags mal på hva en skal si og man har tid til å planlegge hva en skal si mens andre snakker (Kirmess, 2011). Det er altså flere momenter som legger til rette for at det skal være enklere å produsere tale. Jo oftere to relevante fenomener opptrer samtidig jo sterkere vil koblingen mellom dem bli (Pulvermüller & Berthier, 2008). Kortene med bildestøtte legger til rette for at M får mange erfaringer med et objekt eller en handling og



ordet som refererer til objektet eller handlingen (Difrancesco et al., 2012). Kortspillaktiviteten legger også til rette for korrekt produksjon av tale med bruk av fullstendige setninger og logopeden som modell (Difrancesco et al., 2012). Med andre ord gir SunCIST en mulighet for å øve mer taleproduksjon og kommunikasjon i en situasjon hvor språket som øves på er klart definert. En kan derfor tenke seg at M har fått styrket flere nervebaner i intervensjonen. Studier som har påvist endring av hjerneaktivering har ikke målt dette i en situasjon med dagligdags kommunikasjon. I ”vanlige” samtaler må en komme med umiddelbar respons, en har lite tid på å planlegge sin tur og man må bygge turen sin på andre sine turer (Carragher et al., 2012). Det kan være vanskelig å si noe om hvorvidt strukturert trening på setningsnivå kan påvirke mer åpne samtaler som en ser i hverdagskommunikasjon. Fordi endring av hjerneaktivering er målt i en klinisk sammenheng kan det være vanskelig å generalisere resultatene fra slike studier til hverdagskommunikasjonen. På samme måte som høy frekvens av klart definerte ord kan styrke nervebaner kan kommunikasjon i hverdagen svekke nervebanene fordi ordene, objektene og handlingene ikke er like klart definerte og høyt korrelerte i hverdagskommunikasjonen (Pulvermüller & Berthier, 2008). Dersom språktreningen er intensiv kan en forebygge en slik svekking av nervebanene i hverdagskommunikasjonen (Pulvermüller & Berthier, 2008). SunCIST er en intensiv språktrening, så nervebanene som styrkes i rehabiliteringen kan en også se for seg at vil vedvare. SunCIST legger som sagt også opp til kommunikasjon som likner den dagligdagse kommunikasjonen i språktreningen. På den måten kan en kanskje tenke seg at nervebaner som er styrket i språktreningen også kan benyttes i den frie kommunikasjonen og på den måten føre til endring. Det jeg tolker ut fra observasjonene av M er at taletempoet og ordaktiveringen har endret seg. Om dette skyldes endringer i nervebanene som følge av SunCIST kunne vært interessant å se nærmere på i et mer omfattende forskningsstudie.

### **4.3      Reparasjoner**

Reparasjon i en samtale er mekanismene en bruker for å rette opp i vanskeligheter som oppstår i kommunikasjonen (Booth & Perkins, 1999). I samtaler der en eller flere personer har afasi vil ofte reparasjonssekvensene være lengre enn i en ”vanlig” samtale. Reparasjonen vil i disse tilfellene gjennomføres mer effektivt om samtalepartnerne samarbeider om den (Perkins, 2003). Dette samarbeidet om reparering kan kvantifiseres og brukes til å måle forbedringer i interaksjonen mellom personen med afasi og deres samtalepartnere (Booth & Perkins, 1999). Det vil nok likevel være lite hensiktsmessig å telle reparasjoner uten å se det i

sammenheng med kommunikasjonen generelt eller uten å se nærmere på reparasjonene. Antall reparasjoner og lengden på dem kan øke hos en person med afasi samtidig som den funksjonelle kommunikasjonen forbedres (Prins & Bastiaanse, 2004). Da kan en kvalitativ analyse være med å vise hvorfor dette er tilfelle. Det er også flere andre (Klippi, 1996; Laakso, 2003; Milroy & Perkins, 1992) som mener reparasjoner er interessant å studere når en skal se på kommunikasjonen til personer med afasi. En kan ikke bare kvantifisere reparasjoner uten å forklare dypere hva som skjer. En må altså prøve å få tak i det interessante ved hvert enkelt tilfelle. Det vil da også være en fordel å gå inn med et åpent blikk som en skal gjøre i samtaleanalyse, uten å på forhånd ha bestemt seg for hva ved reparasjonene som er interessant å se på.

### 4.3.1 Reparasjoner hos kommunikasjonspar ED

I kommunikasjonen mellom E og D kan det telles 67 reparasjonskilder i det første opptaket. Det vil si at fenomener assosiert med reparasjon opptrer litt over tre ganger per min. Normalt i samtaler forekommer nok reparasjoner oftere enn en kanskje er bevisst, fordi det er en naturlig del av samtalen (Prins & Bastiaanse, 2004). I kommunikasjonen til ED kan nok en del av reparasjonskildene vurderes på samme måte som i en normal samtale, men noen av dem vil nok også skyldes det at samtaler der den ene har afasi, er vanskeligere å føre enn andre samtaler. En kvantifisering av første og tredje opptak viser at det er en nedgang i reparasjonskilder fra 67 til 53. Ut fra dette kan det være interessant å se på hvem endringen skyldes. I tabell (5) nedenfor kan en se antall reparasjonskilder i alle tre videoopptakene, i tillegg vises hvor mange reparasjonskilder som skyldes E og hvor mange som skyldes D.

**Tabell (5):** Reparasjonskilder totalt og fordelingen mellom E og D

Reparasjonskilder	Eldre dame (E)	Datter (D)	Totalt
Opptak 1	42 (63%)	25 (37%)	67 (100%)
Opptak 2	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)
Opptak 3	43 (81%)	10 (19%)	53 (100%)

Note: opptak 2 varer i ett minutt, mens opptak 1 og opptak 3 varer i 20 minutt

Med tanke på at det er E som har gjennomført intervensjonen er det naturlig å tenke seg at det er her en vil finne den største nedgangen i reparasjonskilder. Likevel vises det i tabell (5) at det er D som har den største nedgangen i reparasjonskilder. ICF-modellen viser at hverdagskommunikasjonen til personer med afasi er påvirket av flere faktorer som blant annet personene i miljøet rundt dem (Garcia, 2008). Dersom en bare hadde målt endringene i

hjernens struktur og funksjon hos E som gjennomgikk intervensjonen ville en ikke funnet endringen i reparasjonskildene til ED. Som utdypet tidligere fokuserer den dialogiske kommunikasjonsmodellen på at alle samtalepartnere er med å påvirke kommunikasjonen (Dysthe, 2001). Det at ikke bare språket til E endres, men også D sitt språk endres, kan være med å underbygge viktigheten av å bruke en dialogisk kommunikasjonsmodell. I tabell (5) ser en at E har en mer reparasjonskilde i siste opptaket sett i forhold til første, mens D reduserer sine reparasjonskilder med 15. Det kan være flere grunner til at E har flere reparasjonskilder i siste opptak. Kanskje E snakker mer og følgelig får flere muligheter for å produsere reparasjonskilder. Eller kanskje E utfordrer seg selv mer i kommunikasjonen og derfor har flere reparasjonskilder. Tabell (2) viser som sagt at E tar mer initiativ til nye samtalesekvenser i siste opptak mens D tar mindre initiativ. Kanskje er det en sammenheng mellom hvor mye initiativ man tar og hvor mange reparasjonskilder man produserer? Mer initiativ fører ofte med seg mer tekstproduksjon og det fører som nevnt med seg en større sjans for å produsere reparasjonskilder.

En annen side av saken er hvor mye disse reparasjonskildene forstyrrer kommunikasjonen. Det er ikke alltid såkalte ”feil” påvirker kommunikasjonen i særlig grad (Schegloff et al., 1977). Normalt repareres problemet i løpet av en tur, og innen den tredje turen etter reparasjonskilden er omme (Schegloff et al., 1977). Når det gjelder personer med afasi tar det ofte lengre tid med flere turer for å reparere samtalen, ofte over en periode lengre enn tre turer (Perkins, 2003). Reparasjonene skjer også ofte i samarbeid (Milroy & Perkins, 1992). I tabell (6) som er presentert nedenfor vises det hvor mange reparasjonskilder E og D samarbeider om å reparere når det er E som har produsert reparasjonskilden. I Tabell (6) gis det også et bilde av hvor mange av de samarbeidende reparasjonene som er lange og hvor mange som er korte. I denne sammenhengen vil de lange samarbeidene gå over tre eller flere turer, mens de korte turene varer opp til to turer.

**Tabell (6):** Samarbeidende reparasjoner og lengden på dem når E produserer reparasjonskilden

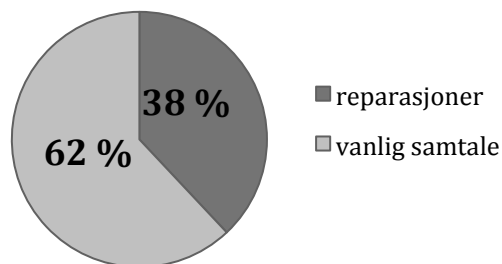
Reparasjoner	Langt samarbeid	Kort samarbeid	Totalt samarbeid
Opptak 1	7	2	9
Opptak 3	1	6	7

I tabell (6) kan en se at i tilfellene hvor E produserte reparasjonskilden var det i første opptak 9 reparasjoner som ble gjennomført i samarbeid mellom E og D. I det siste opptaket ble 7 reparasjoner utført i samarbeid. En nedgang fra ni til syv samarbeid om reparasjoner er

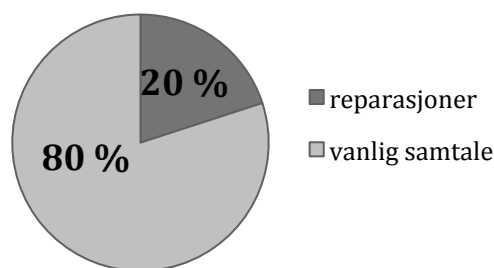
kanskje ikke i seg selv en veldig markant nedgang, men ser en på hvor lange reparasjonssekvensene er så vil en oppdage en større endring. I det første opptaket hadde de syv lange sekvenser og to korte. I det tredje opptaket var det seks korte reparasjonssekvenser og bare en lang. Når man reparerer en samtale blir det man egentlig snakket om satt på pause til reparasjonen er ferdigstilt (Booth & Perkins, 1999). Korte reparasjoner er med andre ord å foretrekke framfor lange. Det ser man også når en vet at det er noen reparasjonsmåter som er bedre enn andre i kommunikasjonen. Det mest ideelle er kjappest mulig reparasjon med minst mulig innsats fra både personen med afasi og samtalepartneren (Clark & Schaefer, 1989; Milroy & Perkins, 1992).

Det viser seg at reparasjonene til kommunikasjonspar ED har hatt en utvikling fra opptak 1 hvor de fleste reparasjonen er lange til opptak 3 hvor de fleste er korte. Som sagt kan en ved å kvantifisere samarbeidende reparasjoner si noe om kommunikasjonen (Prins & Bastiaanse, 2004). Når både antall og lengde på samarbeidende reparasjoner har sunket kan en tolke dette som at kommunikasjonen er endret. Som sagt er oppklaring av misforståelser i kommunikasjonen en av tre mulige responser i kortspillaktiviteten (Berthier & Pulvermüller, 2011). En tilpasser kommunikasjonen til det språklige nivået til den enkelte og en får naturlig tilbakemelding på om kommunikasjonen er suksessfull ved å se om kortspillaktiviteten er vellykket (Difrancesco et al., 2012). I kortspillaktiviteter vil en altså øve på reparasjoner i en oversiktlig situasjon som er tilpasset sine evner. Kanskje kan denne øvelsen være med å forklare hvorfor ED er mer effektive i de samarbeidende reparasjonene.

I tillegg til å se på lengden til de ulike reparasjonene har jeg målt hvor mye tid de samlet bruker på reparasjoner i opptak 1 og opptak 3. Lengden de bruker på reparasjonene er målt fra reparasjonskilden produseres til reparasjonen er ferdigstilt eller de beveger seg videre til et annet emne. Hvor stor del av samtalene som består av reparasjoner er vist i figur (3) og (4) nedenfor.



**Figur (3):** Prosentandel reparasjoner i EDs første oppta



**Figur (4):** Prosentandel reparasjoner i EDs første opptak

Som vist i figur (3) og (4) blir 38% av samtalen i opptak 1 brukt til reparasjoner, mens 20% av tredje opptak består av reparasjoner. I figur (3) og (4) kan en altså se at mengden tid som brukes på reparasjoner har sunket fra pre- til post-intervensjon. Redusert tid brukt på reparasjoner bidrar til mindre opphold i samtalen. Mindre tid på forhandlinger kan gi positive erfaringer i kommunikasjonen som fremmer gleden ved å kommunisere (Simmons-Mackie & Damico, 1995). Ser en på følgene av reduserte reparasjoner ut fra et interaksjonsperspektiv kan det bety mer tid til det interaksjonelle og med det positive erfaringer. Med et transaksjonsbasert fokus vil overføring eller utveksling av informasjon stå sentralt (Simmons-Mackie & Damico, 1995). Ser en på reduserte reparasjoner ut fra et transaksjons-perspektiv kan det altså bety mer tid på å snakke om et emne. Den som introduserer et emne "eier" det, og har rett og plikt til å videreutvikle det (Lind, 2000). Som vist i tabell (2) introduserer E flere emner i opptak tre, og med det "eier" hun også flere emner. Når en går inn i datamaterialet ved hjelp av samtaleanalyse vil en ha store muligheter for å få detaljerte beskrivelser (Wilkinson, 1999). I kliniske språktester ville en ikke sett at E tar mer initiativ, heller ikke at reparasjoner opptar mindre tid i samtalen som figur (3) og (4) viser. Det at disse fenomenene oppstår samtidig kan bety at det er en sammenheng, men det kan også være dette er tilfeldig. Metoden samtaleanalyse har altså gjort at en har oppdaget noe som kan være en sammenheng mellom initiativ og reparasjoner som en ikke ville sett i en klinisk sammenheng. Ut fra dette kunne det vært interessant å studere videre om en bruker mindre tid på reparasjoner når personen med afasi "eier" emnet. Et utvidet forsøk kunne også analysert om endringer i reparasjoner også fører til endringer i meningsinnhold. Når en vet at meningsinnholdet er noe av det viktigste i samtaler med fokus på det transaksjonsbaserte kan en tenke seg at det ville vært interessant å se nærmere sammenhengen mellom endringer i meningsinnhold og reparasjoner. Selv om en teoretisk kan se for seg at færre reparasjoner og generelt kortere tid på å reparere kan føre til mer tid på et samtaleemne viser ikke dette studiet hva disse endringene gjør med selve meningsinnholdet.

### 4.3.2 Reparasjoner hos kommunikasjonspar MK

M har mange lydforlengelser og ordleting som er vanskelig å vite om skyldes afasien eller taleapraksien. Reparasjonskilder som M intenderer og reparerer selv finner en nesten i hvert ord, noe som gjør det vanskelig å kvantifisere. Fordi det vil være vanskelig å telle de selvintenderte og selvutførte reparasjonen har jeg hos kommunikasjonspar MK valgt å se på reparasjoner som er andreintendert og andreutført samt reparasjoner utført i samarbeid. I Tabell (7) som er presentert nedenfor vises det totale antall reparasjoner som er utført i samarbeid eller andreutført. En kan også se om det er M eller K som produserer reparasjonskilden som fører til reparasjonen.

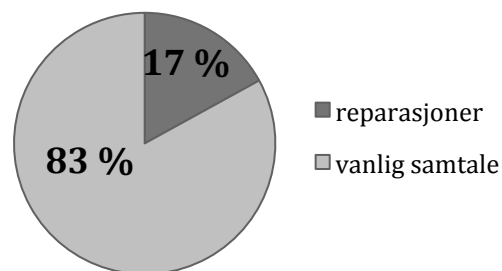
**Tabell (7):** Reparasjonskilder hos MK som fører til samarbeidende- eller andreutført reparasjon

Reparasjoner	M som reparasjonskilde	K som reparasjonskilde	Totalt reparasjoner
Opptak 1	5 (83%)	1 (17%)	6 (100%)
Opptak 3	4 (44%)	5 (56%)	9 (100%)

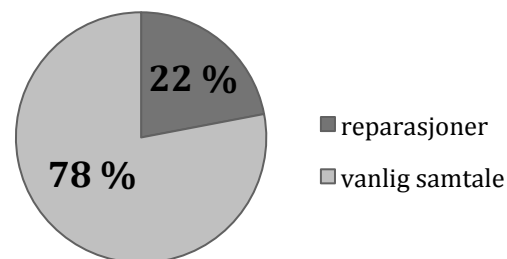
I Tabell (7) kan en se at det er en økning i reparasjoner fra første til siste opptak. Ser en på hvem som produserte reparasjonskilden så er det K som står for økningen. Dialogisk kommunikasjon forutsetter et samarbeid (Dysthe, 2001), hvor de begge vil ha ansvar for en mest mulig presis og effektiv kommunikasjon (Grice, 2000). For eksempel er det et tilfelle hvor M ikke kan høre hva K sier. Det kan være fordi K snakker for lavt eller utydelig eller det kan være fordi M hørte dårlig eller var uoppmerksom. Afasi kan som nevnt også føre til vansker med å oppfatte språk, så dette kan også være en årsak. Eventuelt kan det være en kombinasjon av flere faktorer. Hva som er årsaken til reparasjonskildene er altså vanskelig å finne, og bør ikke brukes til å fordele skyld. Likevel kan det være nyttig å se på hvem av personene som initierer til reparasjonen og gjennomfører reparasjonen når en person produserer en reparasjonskilde.

Det som har endret seg fra første til siste opptak er at M har en nedgang fra å ha 83% av reparasjonskildene i første opptak til 44% i siste opptak. K har da en økning fra 17% av reparasjonskildene til 56%. Dette er interessant fordi i kommunikasjon med personer med afasi er det ofte samtalepartneren som bærer mye av ansvaret (Linebaugh et al., 2006). I kommunikasjonen til MK skal altså K være den som egentlig bærer mest av ansvaret. Når K har en reparasjonskilde tar M ansvar og initiativ til å reparere ved å stille oppfølgerspørsmål for å oppklare misforståelser. K bærer nok fortsatt mye av ansvaret i kommunikasjonen, men

M tar mye ansvar han også. Med tanke på at interaksjonen ofte er viktigere enn det som blir sagt (Simmons-Mackie & Damico, 1995) kan en tenke seg at situasjonene hvor M tar ansvar i reparasjoner fører til en mestringsopplevelse som vil gi han større glede av kommunikasjonen. Det totale antall reparasjoner økte fra 6 i første opptak til 9 i tredje opptak. At antall reparasjoner øker trenger likevel ikke være negativt. Hvordan reparasjonene arter seg, som for eksempel varigheten på dem, vil også være av betydning. Figur (5) og (6) som vises nedenfor gir et bilde av hvor mye tid som brukes på reparasjoner i hvert videoopptak.



**Figur (5):** Prosentandel reparasjoner i MKs første opptak



**Figur (6):** Prosentandel reparasjoner i MKs siste opptak

Som vist i figur (5) og (6) er det en økning i tiden som brukes på reparasjoner fra opptak én hvor MK bruker 17% av samtalen på reparasjoner mot 22% i tredje opptak. En økning fra 17% til 22% viser ikke store endringer, men det kan se ut som kommunikasjonen er litt mindre effektiv. En annen måte å studere tiden de bruker på reparasjoner er ved å trekke inn antall reparasjoner. Som vist i tabell (7) øker antall reparasjoner fra første opptak med seks stykker til siste opptak med ni stykker. En økning fra seks til ni reparasjoner tilsier en økning på 33%. Tiden de bruker på reparasjonene har bare en økning på 5%. Det betyr at de i snitt bruker kortere tid, og er mer effektive til å reparere den enkelte misforståelsen i siste opptak.

Dersom det økte antallet reparasjoner som vises i tabell (7) skyldes at språket til MK er mer komplekst i siste opptak vil ikke nødvendigvis et økt antall reparasjoner være negativt.

Spesielt ikke når en vet at MK løser hver enkelt reparasjon mer effektivt i den siste samtalen. Som vist under avsnitt 4.2.2 kan det at MK har flere reparasjoner i siste samtale skyldes den økte tekstproduksjonen, fordi mer tekstproduksjon kan føre til flere muligheter for reparasjoner. Dersom språket ikke er mer komplekst i det siste avsnittet og de sammenlagt bruker mer tid på reparasjoner kan man tolke dette i retning av at kommunikasjonen er mindre effektiv. Det er vanskelig å vite hvordan en skal tolke endringen i reparasjoner og om endringene er markante nok til at de er verdt å nevne. Hvis en ser på hvordan reparasjonene vises kan det kanskje være lettere å vite om en skal tolke endringene negativt eller positivt. I Tabell (8) og Tabell (9), nedenfor, blir det vist hvem som tar ansvar for hva i de seks reparasjonene i første opptak og de ni reparasjonene i siste opptak. Det blir vist hvor mange reparasjonskilder K og M produserer, hvor mange initieringer til reparasjon de har og hvor mange gjennomføringer av reparasjoner som hver av dem utfører. Det blir også presentert hvor mange reparasjoner MK samarbeider om. Tabell (8) viser fordelingen i første opptak, mens Tabell (9) viser fordelingen i siste opptak.

**Tabell (8):** Hvem som tok ansvar for hva i MK sine reparasjoner i første opptak

Hvem som utfører	Mann	Kone	Samarbeid
Reparasjonskilden	5	1	-
Initiering til reparasjon	1	5	-
Gjennomføring av reparasjon	1	2	3

**Tabell (9):** Hvem som tok ansvar for hva i MK sine reparasjoner i siste opptak

Hvem som utfører	Mann	Kone	Samarbeid
Reparasjonskilden	4	5	-
Initiering til reparasjon	3	6	-
Gjennomføring av reparasjon	3	4	2

I første opptak som vises i Tabell (8) produserer K én reparasjonskilde mot fem i tredje opptak, vist i Tabell (9). Det at K selv får muligheten til å reparere er å foretrekke i en samtale (Schegloff et al., 1977). I de fleste tilfellene når K produserer disse reparasjonskildene stiller M et spørsmål tilbake eller viser at han ikke forstår slik at K selv får muligheten til å rette det opp. Når K er kilden til problemet i kommunikasjonen initierer altså M til reparasjon, men gir K muligheten til å reparere det selv. At M kan initiere reparasjoner er også positivt fordi personer som gjør dette har ferdigheter til å se når noe er uklart i kommunikasjonen og trenger å repareres (Klippi, 1996). Ved å ta initiativ til reparasjoner



viser han evne til å rette opp i det som er uklart. Den personen i samtalen som foretar andre-initiering til reparasjon er oftest den med størst kommunikativ kompetanse (Klippi, 1996). Som vist i Tabell (8) og (9) tar M initiativ til å rette opp i tre reparasjonskilder i siste opptak sett i forhold til første opptak hvor han initierer til reparasjon en gang. Det at M i tredje opptak får vist flere ganger at han kan initiere til reparasjon skyldes nok mer at K legger opp til flere reparasjoner enn at M nødvendigvis har blitt bedre til å initiere reparasjoner. De gangene det er M som er årsak til reparasjonen skjer som oftest reparasjonen ved at K initierer og at de sammen reparerer eller at K reparerer. I samtalen mellom M og K foretar begge andre-initierte reparasjoner, men K initierer flere ganger enn det M gjør. K gjennomfører også flere reparasjoner, men ikke like mange som hun initierer. Noen av reparasjonene som K initierer blir altså gjennomført i samarbeid. Det kan altså virke som om begge har evnen til å oppdage og vise initiativ til å rette opp i vanskene som oppstår i en samtale, men at K kanskje er bedre til å gjennomføre selve repareringen. Selv om SunCIST forsøker å bedre kommunikasjonen til M vil han fortsatt ha afasi. De lingvistiske vanskene hans vil nok fortsatt føre til større behov for repareringer i samtaler i forhold til ”vanlige” samtaler (Booth & Perkins, 1999). Det kan altså se ut som om K fortsatt er den personen i samspillet som har best kommunikasjonsevner, noe som ikke er overraskende med tanke på at det er M som har afasi. Dette betyr likevel ikke at kommunikasjonen er uendret.

I Tabell (8) ser en at M har fem reparasjonskilder i det første opptaket. Tre av disse fem reparasjonskildene til M skyldes ordleting. I tredje opptak gjelder dette bare en av fire. Bedre ordaktivering kan gjøre at kommunikasjonen bærer mindre preg av avbrudd og repareringer, og på den måten resultere i mer effektiv kommunikasjon (Carragher et al., 2012). Transkripsjon (6) og (7), samt tallene som henvises til under punkt 4.2.2 viser at M produserer mer tekst på samme tid og har mindre pauser i siste opptak. Det støtter antakelsen om at ordleting er mindre fremtredende i siste opptak, og at færre av M sine reparasjoner skyldes ordleting. På den andre siden ser en at kommunikasjonen til MK er preget av flere reparasjoner i det siste opptaket. Noen ganger kan en økning i reparasjoner skyldes at kompetansen til personen med afasi har økt og samtalepartneren ikke trenger å ta like stor del i reparasjonene (Prins & Bastiaanse, 2004). Når en ser på tabell (8) og (9) ser en at det ikke er M sine reparasjoner som har økt. Det ser med andre ord ikke ut som om den økte forekomsten av reparasjoner skyldes at K ikke lenger trenger å ta like stor del i reparasjonene. Både ICF-modellen (World Health Organization, 2002) og den dialogiske kommunikasjonen (Dysthe, 2001) viser at hverdagskommunikasjon er et begrep som må

forstås holistisk. I MK sin kommunikasjon kan en se at M har bedre ordaktivering, som igjen fører til færre reparasjoner, men den bedrede ordaktiveringen fører ikke samlet sett til færre reparasjoner. Det må altså være flere faktorer som påvirker reparasjonene til MK. Resultater som dette viser viktigheten av å studere kommunikasjonen i sin helhet. Tar en bare utgangspunkt i ordletingen kan kommunikasjonen tolkes som forbedret, men ser en på andre faktorer for eksempel økt antall reparasjoner er det ikke en like klar endring. Når en ser viktigheten av å studere kommunikasjon i sin helhet kan en også se at hverdagskommunikasjon og samtaleanalyse kan være en innfallsvinkel som kan gi viktig informasjon i videre studier.

Det at jeg ikke har observert kombinasjonen bedre ordaktivering og færre reparasjoner hos MK behøver ikke bety at det ikke er tilfelle. I begynnelsen av avsnitt 4.3.2 gjorde jeg noen avgrensinger på hvilke deler av reparasjonene og ordletingene jeg valgte å kvantifisere. Uten denne avgrensingen ville kanskje resultatene vist seg annerledes. Jeg kan heller ikke trekke konklusjonen at flere reparasjoner automatisk er negativt. I kommunikasjonen til MK kan en i tabell (8) og (9) se at sekvensene de samarbeider om å reparere har sunket fra et samarbeid om tre reparasjoner ut av seks mulige, til et samarbeid om to reparasjoner ut av ni mulige i siste opptak. Selv med flere reparasjoner samarbeider de altså om færre. Samarbeid om reparasjoner er som sagt en vanlig atferd i samtaler med personer med afasi (Milroy & Perkins, 1992). Dersom de samarbeider om færre reparasjoner kan kanskje dette tyde på at samtalen i tredje opptak er mer lik en "normal" samtale enn samtalen i første opptak. Som sagt tidligere er det også færre av reparasjonene i tredje opptak som skyldes M sine ordletingsvansker. Det kan altså se ut til at det tredje opptaket til MK er mindre preget av kommunikasjon som er typisk for personer med afasi enn det første opptaket. Når en i tillegg vet at tiden MK bruker per reparasjonssekvensene er mindre i det siste opptaket kan en kanskje se en endring i kommunikasjonen hos MK fra første til siste opptak.

I CIST fungerer logopeden som støtte ved å tilrettelegge kommunikasjonen til den enkeltes nivå, prompte og være modell (Kirmess, 2011; Meinzer et al., 2007). Denne tilretteleggingen kan være med å gjøre at personen med afasi hele tiden blir utfordret innenfor sin nærmeste utviklingssone (Pulvermüller et al., 2001). I vanlige samtaler vil ikke personen med afasi oppleve slik tilrettelegging. Det har vært vist eksempler hvor nære omsorgspersoner hindrer samtaler og forårsaker lengre reparasjoner i forsøk på å fremme riktig produksjon av ord i hverdagskommunikasjon (Booth & Perkins, 1999). Andre undersøkelser viser også at

prompting, modellering og repetering som fungerer i språktrening fungerer motsatt i hverdagskommunikasjon, hvor resultatet blir at personen med afasi ikke får vist sin kompetanse i samtalen (Carragher et al., 2012). Selv om språktreningen i SunCIST legger opp til kommunikasjon som likner den daglige kommunikasjonen vil det altså ikke bli det samme. Det logopeden gjør i CIST kan føre til at personen med afasi løftes fram i kommunikasjonen, og at han får øvd på produseringer av korrekte og utvidede sekvenser. Hvis det samme blir gjort i hverdagskommunikasjon vil det arte seg som lengre reparasjonssekvenser som kan være til hinder for kommunikasjonen. Selv om M ikke får hjelp av logopeden i hverdagskommunikasjonen kan det som sagt se ut til at færre av reparasjonene til M skyldes ordleting. MK samarbeider også om færre reparasjoner, noe som kanskje kan bety at M er blitt mer selvstendig i samtalen. Etter språktrening må personen med afasi selv implementere den trente atferden inn i hverdagskommunikasjonen (Carragher et al., 2012). Når kommunikasjonen til MK kan se ut til å bære mindre preg av en samtaleform som er vanlig for personer med afasi, kan kanskje det bety at M har tatt i bruk det han har lært i SunCIST.

## 5 Sammenfatning og avslutning

Reinvang (1978) definerer afasi som en ”språkdefekt etter hjerneskade hos et individ som har gjennomgått normal språklig utvikling inntil tidspunktet for skaden” (s.11). Innledningsvis spurte jeg hvem som har skylden hvis kommunikasjonen ikke fungerer optimalt. Når man legger den dialogiske kommunikasjonsmodellen til grunn vil oppnåelse av felles forståelse og mening, som er formålet med kommunikasjonen, skje i samarbeid mellom deltakerne (Dysthe, 2001). Med utgangspunkt i den dialogiske kommunikasjonsmodellen må altså deltakerne i kommunikasjonen dele på ansvaret i skyldspørsmålet. Med flere som har ansvar for at kommunikasjonen skal fungere er det også flere faktorer som kan påvirke utfallet av en språkvanske. ICF-modellen viser hvordan ulike faktorer kan påvirke hvordan afasien viser seg og hvilken innvirkning språkvansen får for den enkeltes hverdagsliv (Garcia, 2008). CIST er en rehabiliteringsmetode, for personer med afasi, som vil se virkningen i den daglige kommunikasjonen til deltakerne. CIST har også en skadebasert tilnærming hvor man forsøker å intervenere hjernens funksjoner og strukturer (Meinzer et al., 2007). SunCIST er basert på CIST (Becker et al., 2012). Ved å se på CIST kan en altså få svar på hvordan SunCIST prøver å endre språket til en person med afasi for at kommunikasjonen med andre skal foregå lettere.

### 5.1 Endringer i hverdagskommunikasjonen

I problemstillingen blir det spurt om hverdagskommunikasjonen til en person med afasi vil endres etter deltakelse på SunCIST. Svaret på denne problemstillingen kan en enten være ja eller nei. For å avgjøre om det jeg observerte i samtale kunne bety endringer i hverdagskommunikasjonen, brukte jeg samtaleanalyse. I samtaleanalyse går en inn i datamaterialet uten motiver for hva man skal finne (Hutchby & Wooffitt, 1998). Ved se på datamaterialet med et åpent blikk fant jeg at språket til E i første opptak var preget av ordleting, minimale turer og responser. D stiller mye spørsmål som E svarer på. I det tredje opptaket tar E mer initiativ til å danne nye sekvenser og utvider flere turer i samtalen. Ytringen ”snakker jeg veldig korte setninger nå” som E produserer underbygger at turene ser ut til å være mer utvidete etter intervensjon. Formen på reparasjonene som D initierer tyder på at datteren strever mindre med å holde samtalen i gang etter intervensjon. I ED sine samtaler er det en nedgang i antall reparasjonskilder fra 67 til 53 og en nedgang i samarbeidende reparasjoner fra ni til syv. Av de ni samarbeidene reparasjonene i det første

opptaket kan syv av sekvensene karakteriseres som lange, mens bare en av syv samarbeidssekvenser i det siste opptaket var lange. Samlet sett har tiden ED bruker på reparasjoner sunket fra 38% i første opptak til 20 % i tredje opptak.

Språket til M observeres som stakkato og tregt med lav lydstyrke, lange pauser, ordleting og noe bruk av gester. I tillegg til afasien har M taleapraksi. I det første opptaket til MK er flere av overgangene punktuelle mot det tredje opptaket som har flere gradvise emneoverganger. Det kan altså se ut som det har skjedd en endring i hvor stor grad nye samtalesekvenser bygger på forrige. Det kan også se ut til at taletempoet og ordaktivering til M har endret seg. I reparasjonene til MK tok jeg utgangspunkt i reparasjoner som var utført av andre eller i samarbeid. I disse reparasjonene var det en økning fra første til siste opptak, både i antall og samlet tid brukt på dem. Tid brukt per reparasjon var likevel mindre i det tredje opptaket. Det er K som står for økningen til reparasjonskildene, mens M har en mindre reparasjonskilde i siste opptak. Formen på M sine reparasjonskilder er også endret ved at tre av fem reparasjonskilder besto av ordleting i første opptak mot en av fire i det siste opptaket. Reparasjonene de samarbeidet om ble også redusert fra tre av seks til to av ni. Resultatene og analysen som er sammenfattet under dette avsnittet viser at svaret på problemstillingen er positivt. Det har oppstått endringer i kommunikasjonen hos begge kasus når en sammenligner videoopptakene før og etter intervensjon.

## **5.2 Er SunCIST forklaringen på endringene?**

Endringene jeg har observert i kommunikasjonen til kommunikasjonsparene er basert på et videoopptak av en samtale før intervensjon og ett (til en viss grad to) videoopptak etter intervensjon. Skulle jeg svart på om SunCIST er årsaken til disse endringene måtte jeg gjort et kvantitativt forsøk (Domholdt, 2005), noe jeg ikke har. Jeg har likevel drøftet hvorvidt teori og eksisterende forskning på SunCIST og CIST kan forklare disse endringene. Språktreningen i SunCIST gjennomføres ved bruk av kortspillaktivitet i en kommunikativ kontekst (Kirmess et al., 2012). Kortspillaktiviteten i SunCIST kan kanskje ha gjort at E har blitt bedre på å stille spørsmål og utvide sekvensene sine fordi hun kan ha blitt vant til å svare mer utdypende. Fordi hverdagskommunikasjon og kommunikasjonen i språktrening bygger på samme premisser (Difrancesco et al., 2012) kan det hende at kortspillaktiviteten kan overføres til mer frie samtaler som preger hverdagskommunikasjonen. CIST kan føre til styrking av hjernens strukturer og funksjoner (Meinzer et al., 2007). Dersom hjernens

strukturer og funksjoner er styrket kan det kanskje også påvirke språket i hverdagskommunikasjonen. En kan likevel ikke si sikkert at eventuelle styrkinger av nervebaner kan ha betydning for hverdagskommunikasjonen. I kortspillaktivitet legger konteksten til rette for at det skal bli enklere for personene med afasi å produsere tale (Pulvermüller & Berthier, 2008). I hverdagskommunikasjon må man reagere raskere og samtalene vil ofte være mer komplekse (Carragher et al., 2012). Uavhengig av om det er SunCIST som har ført til at E tar mer initiativ og utvider flere sekvenser, vil forandringene være interessante. Hvis SunCIST er årsaken er det interessant fordi rehabiliteringsformen da ser ut til å påvirke hverdagskommunikasjonen også flere uker etter intervensjon. Dersom SunCIST ikke er årsaken er endringene interessante fordi de da kan skyldes endringer i situasjonskonteksten. Da vil det i så fall være interessant å studere videre hva det er ved situasjonskonteksten som fører til endringer i kommunikasjonen til personer med afasi. Ideelt skal reparasjoner gjennomføres med minst mulig innsats (Milroy & Perkins, 1992). I CIST øver en på reparasjoner i en oversiktlig situasjon tilpasset evner (Kirmess & Maher, 2010). Kanskje kan treningen på reparasjoner være med å forklare hvorfor de samlede reparasjonene til ED ikke er like tidskrevende i det siste opptaket.

Gradvise emneskifter skjer ved at man tar en del av det forrige emnet og gjør det om til hoved emne (Lind, 2000). I kortspillaktiviteter bygger hver tur på forrige tur (Difrancesco et al., 2012). Kanskje kan kortspillaktivitetenes turer som bygger på hverandre sammenliknes med hvordan gradvise emneoverganger skjer ved at en bygger på det forrige emnet. I så fall kan det at MK har flere gradvise emneoverganger i kommunikasjonen etter intervensjon forklares med M sin øvelse i kortspillaktiviteten. MK har som nevnt også et økt antall reparasjoner etter intervensjon. Et økt antall reparasjoner kan kanskje skyldes at taletempoet og ordaktivering til M har endret seg. En kan se for seg at økt tekstproduksjon gir flere muligheter for å produsere reparasjonskilder. Økt kompleksitet i språket kan også føre til flere reparasjoner (Prins & Bastiaanse, 2004), men dette studiet viser ikke hvorvidt kompleksiteten til M sitt språk har endret seg, og en kan derfor heller ikke vite om økt antall reparasjoner skyldes kompleksiteten i språket. I det tredje opptaket skyldes færre av M sine reparasjoner ordleting. Bedre ordaktivering kan føre til færre reparasjoner (Carragher et al., 2012). Likevel har samlet antall og tid brukt på reparasjoner hos MK økt. Selv om dette studiet viser at bedre ordaktivering ikke nødvendigvis vil føre til færre reparasjoner totalt sett, viser det at bedre ordaktivering kan se ut til å påvirke antall reparasjoner. Hverdagskommunikasjon er altså et komplekst fenomen som en bør se i sin helhet dersom en

skal vite hvordan den påvirkes etter språktrening (Hallowell & Chapey, 2008). ICF-modellen (Garcia, 2008) og den dialogiske kommunikasjonen (Dysthe, 2001) er også med på å underbygge at man må forstå hverdagskommunikasjonen som et fenomen som påvirkes av flere faktorer. Det kan se ut til at de samme tilnærmingene som logopedene bruker for å fremme kommunikasjon i språktreningen kan hemme personen med afasi i hverdagskommunikasjon, dersom samtalepartnere benytter seg av dem (Booth & Perkins, 1999). Det kan kanskje også indikere at man skal være forsiktig med å sammenlikne kommunikasjon i språktrening og hverdags-kommunikasjon. Selv om kommunikasjon i språktrening og hverdagskommunikasjon ikke nødvendigvis fortøner seg likt kan det hende at M har implementert det han lærte på SunCIST i atferden sin i hverdagskommunikasjonen. Når en ser at samtalerne etter intervensjon bærer mindre preg av en samtaleform som er vanlig for personer med afasi, underbygges tanken om at han har implementert det han har lært.

### **5.3 Metodologiske bemerkninger**

I oppgaven er hverdagskommunikasjon et sentralt fenomen. Hverdagskommunikasjon er i dette studiet definert som kommunikasjon som foregår mellom “likeverdige” personer som ser hverandre jevnlig og samhandler om, for dem dagligdagse ting. På en mest mulig effektiv måte og med intensjonelle bidrag oppnår deltakerne intersubjektivitet. Hverdagskommunikasjonen foregår på et tidspunkt og sted hvor det føles naturlig for deltakerne å være og i samhandlingen bruker de det språklige mediet som de bruker til hverdags. Økologisk validitet kan forklares som forskning i naturlige situasjoner (Pring, 2005). For å studere hverdagskommunikasjonen i en mest mulig naturlig situasjon er datamaterialet en samtale mellom en deltaker på SunCIST og hans/hennes nærmeste pårørende. Jeg filmet samtalen slik at jeg ikke trengte å være i rommet mens de snakket. I analysen av kommunikasjonen brukte jeg samtaleanalyse, som ser på hvordan mening deles mellom kommunikasjonspartnere (Ramsberger & Menn, 2003). Den første samtalen som ble filmet foregikk på Sunnaas sykehus, som er et sted hvor deltakerne ikke oppholder seg til vanlig. Selv om kommunikasjonsparet kanskje oppholder seg mer på andre steder tror jeg ikke Sunnaas sykehus er et unaturlig sted for dem å være. Videoopptaket som opprinnelig ble tatt post-intervensjon, var som nevnt i oppgaven, ødelagt. Jeg måtte altså gjennomføre opptak nummer to på nytt. Stedet for videoobservasjonen ble da endret, og et kommunikasjonspaar trakk seg fra studiet. Situasjonen hvor filmingen foregikk var likevel naturlig og en del av det å gjøre et kasus-studie er den manglende innvirkningen på eventuelle feilkilder som måtte

oppstå. Med dette vil jeg få frem at jeg mener studiet har høy økologisk validitet fordi gjennomføringen av forskningsopplegget er i tråd med hvordan hverdagskommunikasjonen er definert. For at studiet skulle ha størst mulig troverdighet har avgjørelser underveis i oppgaven vært basert på Maxwell (1992) sine validitetskategorier og NESH (2006) sine etiske retningslinjer.

Studiet viser at det har oppstått endringer i kommunikasjonen til personer med afasi etter SunCIST. Metoden jeg har brukt gjør at jeg bare kan si noe om kommunikasjonen til deltakerne i opptakene jeg har, og ikke på generell basis. Jeg kan altså ikke trekke en kausal slutning om at den generelle kommunikasjonen til en person endres etter SunCIST. Jeg mener likevel dette studiet er av betydning fordi en gjennom erfaringer med enkelttilfeller kan se nyanser som en ikke kan på det generelle plan (Flyvbjerg, 2010). Studier viser at personer med afasi kan prestere språklig bedre hos logopeden enn de gjør hjemme (Pulvermüller & Berthier, 2008), men kliniske tester kan også vise at språket er dårligere enn den funksjonelle kommunikasjonen tilsier (Goodwin, 2003). Ved å se på hverdagskommunikasjonen i sin opprinnelige kontekst, og ikke bare ha fokus på personen med afasi, men også samtalepartneren, mener jeg at en kan se at kommunikasjonen har endret seg på områder som ikke ville vært synlige i en klinisk undersøkelse av den enkelte personen med afasi. Med tanke på at endringer i hverdagskommunikasjonen kan se ut til å vise seg på andre måter enn de gjør ved kliniske tester, kan det også tenkes at eventuelle endringer i hjernens strukturer og funksjoner ikke nødvendigvis viser seg slik en tror i hverdagskommunikasjonen.

## **5.4 Veien videre**

Begrensninger i dette studiet gjør, som nevnt, at en ikke kan trekke en sikker slutning om at det er SunCIST som har ført til endringene i hverdagskommunikasjonen. Det er likevel observert en endring som kan bety at det er verdt å studere hverdagskommunikasjon og SunCIST videre. Selv om endringene ikke kan sies å gjelde generelt, kan de likevel være eksempler på at det er mulig (Kalleberg, 1998). Observasjonene viser hvordan endringer i hverdagskommunikasjonen etter SunCIST kan vise seg, og med det kan de også være med å peke ut hva som bør studeres videre. Resultater i studiet viser at det kan være interessant å se nærmere på sammenhengen mellom endringer i meningsinnhold og reparasjoner. Det vil for eksempel være interessant å se om endringer i reparasjoner også fører til endringer i



meningsinnhold, og om det oppstår færre reparasjoner når personen med afasi får styre emnevalget. Det vil også være interessant å studere om mer initiativ kan føre til flere reparasjonskilder fordi en med mer tekstproduksjon får flere muligheter for feilproduksjoner. I gjennomføringen av dette studiet har det altså vært observert en endring i hverdagskommunikasjonen til deltakerne. Det har også vist seg at det må flere undersøkelser til for å se nærmere på koblingen mellom disse endringene og SunCIST. I forskningen videre på hverdagskommunikasjon og SunCIST kan en finne mange interessante tilnærminger og problemstillinger.

# Litteratur liste

- Ahlsén, E., & Nettelbladt, U. (2008). Språk och språklig kommunikation. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s. 51-69): Studentlitteratur.
- Andenæs, A. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode. Metodologiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Becker, F. (2012). Informasjon om intensivt språktreningsprogram for afasirammede ved Sunnaas sykehus. Lastet ned 5. mai, 2013, fra [http://www.sunnaas.no/pasient/behandlinger/Documents/Info\\_om\\_intensiv\\_spr%C3%A5ktrening.pdf](http://www.sunnaas.no/pasient/behandlinger/Documents/Info_om_intensiv_spr%C3%A5ktrening.pdf)
- Becker, F., Kirmess, M., Günther, L., & Hvistendahl, A. K. (2012). Intensive aphasia therapy – first results of the Sunnaas Constraint induced Language Therapy program. . *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26(4). 405. Hentet 20.05.2013, fra: <http://nnr.sagepub.com/content/26/4/395.full.pdf+html>
- Befring, E. (2010). *Forskningsmetode - med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Berthier, M. L., & Pulvermüller, F. (2011). Neuroscience insights improve neurorehabilitation of poststroke aphasia. *Nat Rev Neurol*, 7(2). 86-97. Hentet 13. mai 2013, fra: <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2010.201>
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). *Language Development and Language Disorders*. New York: John Wiley & sons.
- Booth, S., & Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: a case study. *Aphasiology*, 13(4-5). 283-303. Hentet 25. januar 2013, fra: [http://www.southalabama.edu/alliedhealth/speechandhearing/kevans/Aphasia 566/aphasia 2010/Readings/Booth, 1999.pdf](http://www.southalabama.edu/alliedhealth/speechandhearing/kevans/Aphasia%20566/aphasia%202010/Readings/Booth,%201999.pdf)
- Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (s. 427-446). København: Rietzel.
- Bryhn, G., & Hetland, S. (2008). Hodeskader. I B. Gjørum & B. Ellertsen (Red.), *Hjerne og atferd - utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv ... et skritt videre*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunning, K. (2004). *Speech and Language Therapy Intervention - Frameworks and Processes*. London: Whurr Publishers.

- Carragher, M., Conroy, P., Sage, K., & Wilkinson, R. (2012). Can impairment-focused therapy change the everyday conversations of people with aphasia? A review of the literature and future directions. *Aphasiology*, 26(7). 895-916. Hentet 15. april 2013, fra: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687038.2012.676164-.UZC9UoJMwZw>
- Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge, MA: The Massachusetts Institute of Technology.
- Clark, H. H., & Schaefer, E. F. (1989). Contributing to Discourse. *Cognitive Science*, 13(2). 259-294. Hentet 15. april 2013, fra: [http://dx.doi.org/10.1207/s15516709cog1302\\_7](http://dx.doi.org/10.1207/s15516709cog1302_7)
- Cunningham, R., & Ward, C. (2003). Evaluation of a training programme to facilitate conversation between people with aphasia and their partners. *Aphasiology*, 17(8). 687-707. Hentet 1. mai 2013, fra: <http://www.columbia.edu/~kf2119/SPLTE1014/Day 6 slides and readings/CunninghamWard2003.pdf>
- Dalin, R., Hasli, E., Killi, E. M., Kjorstad, M., Mølmen, E., & Nygård, B. (2008). *Eleven med ervedet hjerneskade - En veileder basert på nevropedagogisk tenkning*. Gjøvik: Øverbry Kompetansesenter.
- Dewey, J. (1916). *Democracy and education*. Philadelphia, PA: Macmillan.
- Dietrichs, E. (2007). Hjernens plastisitet - perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(9). 1228-1231. Hentet 10. april 2013, fra: <http://tidsskriftet.no/article/1528664>
- Difrancesco, S., Pulvermüller, F., & Mohr, B. (2012). Intensive language-action therapy (ILAT): The methods. *Aphasiology*, 26(11). 1317-1351. Hentet 1. november 2012, fra: <http://dx.doi.org/10.1080/02687038.2012.705815>
- Domholdt, E. (2005). *Rehabilitation research: Principles and applications*. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Duranti, A. (1997). *Linguistic anthropology*. Los Angeles, California: Cambridge University Press.
- Dysthe, O. (2001). sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring. I O. Dysthe (Red.), *Dialog, samspel og læring* (s. 33-72). Oslo: Abstrakt forlag.
- Ellertsen, B., & Johnsen, I. M. B. (2008). Nevropsykologisk teori og empiri. I B. Gjørum & B. Ellertsen (Red.), *Hjerne og atferd - Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv ... ett skritt videre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Flyvbjerg, B. (2010). Fem misforståelser om casestudiet. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (s. 463-487). København: Hans Reitzels Forlag.
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational Research - An Introduction (8th.ed)*. Boston: Pearson.
- Garcia, L. J. (2008). Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping Individuals Get What They Need. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorder* (s. 349-374). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Goodwin, C. (1995). Co-Constructing Meaning in Conversations with an Aphasic Man. *Research on Language and Social Interaction*, 28(3). 233-260. Hentet 18. april 2013, fra: [http://www.sscnet.ucla.edu/clc/cgoodwin/95co\\_aphasic.pdf](http://www.sscnet.ucla.edu/clc/cgoodwin/95co_aphasic.pdf)
- Goodwin, C. (2003). Introduction. I C. Goodwin (Red.), *Conversation and Brain Damage* (s. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Green, J., & Thorogood, N. (2009). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage.
- Grice, H. P. (2000). Logic and Conversation. I R. J. Stainton (Red.), *Perspectives in the Philosophy of Language: A Concise Anthology* (s. 270-287). Ontario: Broadview Press.
- Gundersen, D. (2002). *Norske synonymer blå ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Hallowell, B., & Chapey, R. (2008). Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorder* (s. 3-20). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Heilman, K. M. (2008). Information-processing models of aphasia - Updating the diagram makers. I P. Mariën & J. Abutalebi (Red.), *Neuropsychological Research - A review* (s. 75-92). New York: Psychology Press.
- Hutchby, I., & Wooffitt, R. (1998). *Conversation Analysis - Principles, Practices and Applications*. Cambridge: Blackwell Publishing Inc.
- Irwin, D. L., Pannbacker, M., & Lass, N. J. (2008). *Clinical Research Methods in Speech-Language Pathology and Audiology*. San Diego: Plural Publishing Inc.
- Jacobsen, B., Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Fænomenologi. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder* (s. 185-206). København: Hans Reitzelse Forlag.

- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. I G. H. Lerner (Red.), *Conversation analysis: studies from the first generation*. Philadelphia, PA: John Benjamins Publishing.
- Jones, T. A. (2011). Experience-Dependent Changes in Nonhumans. I S. A. Raskin (Red.), *Neuroplasticity and Rehabilitation*. New York: The Guilford Press.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9). 816-830.  
Hentet 8. mai 2013, fra:  
[http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687039808249575 -.UZDHe4JMwZw](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687039808249575-.UZDHe4JMwZw)
- Kalleberg, R. (1998). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I R. Kalleberg & H. Holter (Red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karpatschof, B. (2010). Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder - En grundbog* (s. 409-428). København: Hans Rietzels Forlag.
- Kelly, H., Brady, M. C., & Enderby, P. (2010). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). Hentet 15. februar 2013, fra:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000425.pub3/full>
- Kirmess, M. (2007). Constraint induced språkterapi: en introduksjon. *logopeden*, 3(1). Hentet 2. oktober 2012, fra:  
<http://www.norsklogopedlag.no/tidsskriftet/utgaver/logopeden-1-07/constraint-induced>
- Kirmess, M. (2011). *The applicability and outcome of constraint induced language therapy (CILT) in early aphasia rehabilitation*. Doctoral Dissertation, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Kirmess, M., Becker, F., Hvistendahl, A. K., & Günther, L. (2012). The SunCIST program - A clinical approach for intensive aphasia rehabilitation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, (61). 18-19. Hentet 20.05.2013, fra: [http://ac.els-cdn.com/S1877042812048070/1-s2.0-S1877042812048070-main.pdf?\\_tid=0a151d62-c134-11e2-9463-00000aacb35d&acdnat=1369044182\\_823b65d1a4d0fbad0d0677f4a5817525](http://ac.els-cdn.com/S1877042812048070/1-s2.0-S1877042812048070-main.pdf?_tid=0a151d62-c134-11e2-9463-00000aacb35d&acdnat=1369044182_823b65d1a4d0fbad0d0677f4a5817525)
- Kirmess, M., & Lind, M. (2011). Spoken language production as outcome measurement following constraint induced language therapy. *Aphasiology*, 25(10). 1207-1238. Hentet 15. april 2013, fra:  
[http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687038.2011.589986 -.UZDV1YJMwZw](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687038.2011.589986-.UZDV1YJMwZw)

- Kirmess, M., & Maher, L. M. (2010). Constraint induced language therapy in early aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 24(6-8). 725-736. Hentet 11. april 2013, fra: <http://dx.doi.org/10.1080/02687030903437682>
- Klippi, A. (1996). *Conversation as an achievement in aphasics*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden seura.
- Kolb, B., Cioe, J., & Williams, P. (2011). Neuronal Organization and Change after Brain Injury I S. A. Raskin (Red.), *Neuroplasticity and Rehabilitation*. New York: The Guilford Press.
- Kristoffersen, K. E. (2005). Hva er språk? I K. E. Kristoffersen, H. G. Simonsen & A. Sveen (Red.), *Språk - En grunnbok* (s. 17-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder - i psykologi og beslægtede fag*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laakso, M. (2003). Collaborative Construction of Repair in Aphasic Conversation. I C. Goodwin (Red.), *Conversation and Brain Damage*. New York: Oxford University Press.
- Laakso, M., & Klippi, A. (1999). A closer look at the 'hint and guess' sequences in aphasic conversation. *Aphasiology*, 13(4-5). 345-363. Hentet 15. april 2013, fra: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026870399402136>
- Leon, S. A., Maher, L. M., & Rothi, L. J. G. (2011). Language Therapy. I S. A. Raskin (Red.), *Neuroplasticity and Rehabilitation*. New York: The Guilford press.
- Lesser, R., & Milroy, L. (1993). *Linguistic and aphasia: psycholinguistic and pragmatic aspects of intervention*. London: Longman.
- Liddicoat, A. J. (2007). *An Introduction to Conversation Analysis*. London: Continuum.
- Lind, M. (2000). Samtaleanalyse. I M. Lind, H. Uri, I. Moen & K. M. Bjerkkan (Red.), *Ord som ikke vil: innføring i språkpatologi* (s. 263-298). Oslo: Novus forlag.
- Lind, M. (2005a). Conversation - more than words. A Norwegian case study of the establishment of a contribution in aphasic interaction. *International journal of Applied Linguistics*, 15(2). 213-239. Hentet 15. april 2013, fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1473-4192.2005.00088.x/abstract>
- Lind, M. (2005b). Samtalen - den grunnleggende språkbruksformen. I K. E. Kristoffersen, H. G. Simonsen & A. Sveen (Red.), *Språk - En grunnbok* (s. 121-140). Oslo: Universitetsforlaget.

- Lind, M. (2005c). Språk som handling og tekst. I K. E. Kristoffersen, H. G. Simonsen & A. Sveen (Red.), *Språk - En grunnbok* (s. 39-58). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lind, M., & Haaland-Johansen, L. (2010). Kartlegging og dokumentasjon i afasilogopedisk praksis. I M. Lind & et.al (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s. 42-64). Oslo: Novus forlag.
- Lind, M., Moen, I., Uri, H., & Bjerkan, K. M. (2000). Lingvistikk og språkpatologi. I M. Lind, H. Uri, I. Moen & K. M. Bjerkan (Red.), *Ord som ikke vil - Innføring i språkpatologi* (s. 13-95). Oslo: Novus Forlag.
- Linebaugh, C. W., Kryzer, K. M., Oden, S., & Myers, P. S. (2006). Reapportionment of communicative burden in aphasia: A study of narrative interaction. *Aphasiology*, 20(1). 84-96. Hentet 15. april 2013, fra: <http://dx.doi.org/10.1080/02687030500369452>
- Lubinski, R. (2008). Environmental Approach to Adult Aphasia. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 319-348). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Luck, A. M., & Rose, M. L. (2007). Interviewing people with aphasia: Insights into method adjustments from a pilot study. *Aphasiology*, 21(2). 208-224. Hentet 6. oktober 2012, fra: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687030601065470-.UZDbEoJMwZw>
- Maher, L. M., Kendall, D., Swearingin, J. A., Rodriguez, A., Leon, S. A., Pingel, K., & et.al. (2006). A pilot study of use-dependent learning in the context of Constraint Induced Language Therapy. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(6). 843-852. Hentet 5. Mai 2013, fra: [http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FINS%2FINS12\\_06%2FS1355617706061029a.pdf&code=b1d68ac97e299e1a3395fd739ff44a29](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FINS%2FINS12_06%2FS1355617706061029a.pdf&code=b1d68ac97e299e1a3395fd739ff44a29)
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review*, 32(3), 279-300.
- Meinzer, M., Elbert, T., Djundja, D., Taub, E., & Rockstroh, B. (2007). Extending the Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) approach to cognitive functions: Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT) of chronic aphasia. *NeuroRehabilitation*, 22(4). 311-318. Hentet 5. februar 2013, fra: <http://www.deepdyve.com/lp/ios-press/extending-the-constraint-induced-movement-therapy-cimt-approach-to-FkAzDHnbiO>
- Milroy, L., & Perkins, L. (1992). Repair strategies in aphasic discourse; towards a collaborative model. *Clinical linguistics & phonetics*, 6(1-2). 27. Hentet 3. april 2013, fra: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/02699209208985517>



- NESH. (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet 4. oktober 2012, fra:  
<http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Norrzell, U. (2008). Neurala förutsättningar för tal- och språkfunktion. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s. 37-50): Studentlitteratur.
- Owens Jr., R. E. (2010). *Language disorders. A functional approach to assessment and intervention*. Boston: Allyn and Bacon.
- Passer, M., Smith, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., & Vliek, M. L. W. (2009). *Psychology - The Science of Mind and Behavior*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Patterson, J. P., & Chapey, R. (2008). Assessment of Language Disorders in Adults. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 64-153). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Perkins, L. (2003). Negotiating Repair in Aphasic Conversation. I C. Goodwin (Red.), *Conversation and Brain Damage* (s. 147-162). New York: Oxford University Press.
- Petrides, M., & Pandya, D. N. (2008). Neural circuitry underlying language. I P. Mariën & J. Abutalebi (Red.), *Neuropsychological Research - A Review* (s. 25-51). New York: Psychology Press.
- Pring, T. (2005). *Research Methods in Communication Disorders*. London: Whurr Publishers.
- Prins, R., & Bastiaanse, R. (2004). Review: analysing the spontaneous speech of aphasic speakers. *Aphasiology*, 18(12). 1075-1091. Hentet 25. januar 2013, fra:  
<http://www.let.rug.nl/~bastiaan/bastiaanseprins2004.pdf>
- Psathas, G. (1995). *Conversation Analysis - The Study of Talk-in-Interaction* (Vol. 35). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Pulvermüller, F., & Berthier, M. L. (2008). Aphasia therapy on a neuroscience basis. *Aphasiology*, 22(6). 563-599. Hentet 25. januar 2013, fra:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18923644>
- Pulvermüller, F. (2002). *The Neuroscience of Language - On Brain Circuits of Words and Serial Order*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., & Taub, E. (2001). Constraint-Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke. *Stroke*, 32(7). 1621-1626. Hentet 5. februar 2013, fra:  
<http://stroke.ahajournals.org/content/32/7/1621.full>



- Quenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind & et.al. (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s. 23-41). Oslo: Novus forlag.
- Ramsberger, G., & Menn, L. (2003). Co-Constructing Lucy: Adding a Aocial Perspective to the Assessment of Communicative Success in Aphasia. I C. Goodwin (Red.), *Conversation and Brain Damage* (s. 283-301). New York: Oxford University Press.
- Raskin, S. A. (2011). Introduction - Current Approaches to Rehabilitation. I S. A. Raskin (Red.), *Neuroplasticity and Rehabilitation*. New York: The Guilford Press.
- Raudaskoski, P. (2010). observationsmetoder (herunder videoobservation). I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder* (s. 81-96). København: Hans Reitzelse Forlag.
- Raymer, A. M., Beeson, P., Holland, A., Kendall, D., Maher, L. M., Martin, N., . . . Rothi, L. J. G. (2008). Translational Research in Aphasia: From Neuroscience to Neurorehabilitation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51. 259-275. Hentet 4. oktober 2012, fra:  
[http://communications.northwestern.edu/departments/csd/research/aphasia/docs/papers/fmri\\_investigations\\_of\\_normal\\_and\\_disordered/2008.raymer.JSLH R.neuro.pdf](http://communications.northwestern.edu/departments/csd/research/aphasia/docs/papers/fmri_investigations_of_normal_and_disordered/2008.raymer.JSLH R.neuro.pdf)
- Reinvang, I. (1978). *AFASI - Språkforstyrrelse etter hjerneskade*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P. (2004). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rommetveit, R. (1972). *Språk, tanke og kommunikasjon - Ei innføring i språkpsykologi og psykolingvistikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ruesch, J., & Bateson, G. (2008). *Communication - The Social Matrix of Psychiatry*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Rygvoid, A.-L. (2008). språk- og talevansker. I A.-L. Rygvold & T. Ogden (Red.), *Innføring i spesialpedagogikk* (s. 212-254). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rørbech, L. (2010). *Stemmebrugs lære*: Special-pædagogisk forlag.
- Røste, I. (2006). *Kommunikasjon i en afasigruppe: en samtaleanalytisk tilnærming*. Akademisk avhandling, Univsersitetet i Oslo, Oslo.
- Sacks, H. (2004). An initial characterization of the organization of speaker turn-taking in conversation. I G. H. Lerner (Red.), *Conversation Analysis - Studies from the first generation*. Santa Barbara: John Benjamins Publishing Company.

- Sacks, H., Schegloff Emanuel, A., & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language*, 50(4). 696-735. Hentet 2. april 2013, fra: [http://anthro.ucsd.edu/~jhaviland/AudVid/AudVidReadings/Simplest\\_Systematics\\_for\\_Turn-Taking\\_%28Language%29.pdf](http://anthro.ucsd.edu/~jhaviland/AudVid/AudVidReadings/Simplest_Systematics_for_Turn-Taking_%28Language%29.pdf)
- Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*. 361-382. Hentet 2. april 2013, fra: <http://193.6.132.75/pragmatik/schegloff.pdf>
- Schegloff Emanuel, A., & Sacks, H. (1973). Opening up Closings. *Semiotica*, 8(4). 289. Hentet 2. april 2013, fra: <http://www.degruyter.com/view/j/semi.1973.8.issue-4/semi.1973.8.4.289/semi.1973.8.4.289.xml>
- Simmons-Mackie, N. (2008). Social Approaches to Aphasia Intervention. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 290-318). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. S. (1995). Communicative Competence in Aphasia: Evidence from Compensatory Strategies. *Clinical Aphasiology*, 23, 1995.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999). Communication strategies used by "good" versus "poor" speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 13(9-11). 807-820. Hentet 4. oktober 2012, fra: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026870399401894-.UZDpEYJMwZw>
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2005). *Skolen som læringsarena - Selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjelstad, A. M. L., & Kirmess, M. (2010). "Kristian, kan du gi meg bilde av en gassgrill?" Constraint induced språkterapi (CIST). I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Quenild (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s. 150-162). Oslo: Novus Forlag.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug
- Steensig, J. (2010). konversationsanalyse. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (s. 287-314). København: Hans Reitzels Forlag.
- Sveen, A. (2005). Pragmatikk. I H. G. S. Kristian Emil Kristoffersen, Andreas Sveen (Red.), *Språk - En grunnbok* (s. 95-120). Oslo Universitetsforlaget.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (s. 489-500). København: Reitzel.

- Taub, E., Uswatte, G., Mark, V., & Morris, D. M. (2006). The learned nonuse phenomenon: Implications for rehabilitation. *Europa Medicophysica*, 42(3). 241-256. Hentet 5. februar 2013, fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17039223>
- Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). Approaches to Aphasia Treatment. I N. Martin, C. K. Thompson & L. Worrall (Red.), *Aphasia rehabilitation: the impairment and its consequence*. San Diego: Plural Publishing.
- Tompkins, C. A., Scott, A. G., & Scharp, V. L. (2008). Research Principles for the Clinician. I R. Chapey (Red.), *Language intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 163-185). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vedeler, L. (2000). *Observasjonsforskning i pedagogiske fag - En innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wertsch, J. V. (1991). *Voices of the Mind - A Sociocultural Approach to Mediated Action*: Harvard University Press.
- Wilkinson, R. (1999). Introduction. *Aphasiology*, 13(4-5). 251-258. Hentet 25. januar 2013, fra: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026870399402082>
- World Health Organization. (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF - The International Classification of Functioning, Disability and Health* Lastet ned fra <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
- Wormnæs, O. (2005). *Om forståelse, tolkning og hermeneutikk*.

# Appendiks A, Transkripsjonssymboler

→	Pilen viser hvor i transkripsjonen man kan finne det som forklares i teksten.
(0,0)	Nummer i parentes indikerer pauser målt i tidels sekunder. Hvor parentesene er plassert i transkripsjonen indikerer hvem som "eier" pausen. Er pausen plassert i sekvensen til en person er det den personen som eier den, selv når pausen er plassert før eller etter sekvensen. Er pausen plassert mellom to sekvenser i samme kolonne som bokstaven som markerer hvem som snakker, er det ingen spesiell person som eier pausen.
=	Likhetstegnet viser til at det ikke er forekomst av pause eller opphold i samtalen. To likhetstegn fordelt på slutten av en sekvens og i begynnelsen av neste sekvens indikerer at det ikke er noe opphold i samtalen mellom ytringene.
((tekst))	Parentesene viser til ... (finn ord for lyder som ikke er verbale), teksten inni parentesene forklarer hvordan ... viser seg.
?	Viser til intonasjon som en normalt har i spørsmål.
.	Viser til en synkende intonasjon som pleier å bli brukt i avslutning av ytringer.
,	Indikerer en svakere stigning i intonasjon enn et spørsmålstegn .
., ::, :::	Kolon markerer lydforlengelse, jo flere kolon jo lengre er lydforlengelsen. En indikasjon på lengden til de ulike kolon kan være at to kolon (::) viser til en dobbelt så lang lydforlengelse som ett kolon, og tre kolon (:::) viser til en lydforlengelse som er tre ganger så lang som ett kolon.
<u>tekst</u> gest	Markering av gester. Teksten over streken er hva som blir sagt. Teksten under streken forklarer gesten. Streken markerer hvor i teksten gesten forekommer
[	Start på overlapping. Markeres hos begge deltakere som overlapper hverandre.
]	Markering av stedet hvor overlappingen avsluttes.

# Appendiks B, informasjonsbrev



Sunnaas sykehus HF

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *"Afasi og hverdagskommunikasjon"*

#### **Bakgrunn**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se om det skjer endringer i kommunikasjonen i hverdagen til deltakere på Sunnaas sitt intensive språktreningsprogram. Du blir spurt om å delta i denne studien fordi du skal delta på det tre ukers intensive språktreningsprogrammet. Formålet med studien er å se nærmere på overføringsverdien av språktreningsprogrammet til hverdagen. Opplysningene som fremkommer vil bli sammenfattet i min masteroppgave og Universitetet i Oslo (UiO) er ansvarlig for studien.

#### **Hva innebærer studien?**

Dersom du velger å delta i studien vil jeg møte deg i en situasjon som er dagligdags for deg. For eksempel hjemme hos deg. Der ønsker jeg å observere og filme en samtale mellom deg og en person som er en del av din hverdag for eksempel ektefelle, annet familiemedlem eller venn. Dersom dette lar seg gjøre trenger jeg også samtykke om deltakelse fra denne andre personen. Dere kan i så fall signere på dette på neste ark. Hvis ingen av dine nærmeste ønsker å delta, stiller jeg selv som samtalepartner. Samtalen vil foregå ved at dere (eventuelt vi) prater om et dagsaktuelt tema, eller annet av interesse mens videokameraet står på. Dersom du ønsker å delta, men ikke vil eller har mulighet til at jeg kommer på besøk er jeg åpen for andre løsninger. Da kan vi for eksempel gjennomføre det en av de første dagene du er på Sunnaas. Enten kan en av dine nærmeste komme på besøk og at jeg filmer en samtale, eller så filmer jeg deg i en samtale med andre på Sunnaas.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre med samme diagnose.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet 01.01.14.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset. Jeg kommer til å ringe deg for å høre om du har mottatt brevet og for å svare på eventuelle spørsmål du måtte ha. Du trenger ikke å svare ja til å delta når jeg ringer. Jeg gjør det bare for at du skal få den informasjonen du føler du trenger for å kunne svare på en eventuell deltakelse. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden og leverer den til meg når vi møtes. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte

Bente Abusdal, tlf: 97 70 85 13



## Samtykke til deltakelse i studien "Afasi og hverdagskommunikasjon"

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av person med afasi, dato)

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av venn/ektefelle/familiemedlem som deltar, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, mastergradsstudent, dato)



# Appendiks C, tilråding fra personvern



Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring  
Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet  
Oslo universitetssykehus HF

## PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Melanie Kirmess, prosjektleder

Kopi: Bente Abusdal

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: Anette Engum, personvernrådgiver

Dato: 25.02.13

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger

Saksnummer/  
Personvernnummer: 2012/18863

### **Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet "Afasi og hverdagskommunikasjon"**

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Sunnaas sykehus HF ved adm. dir.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Data skal ikke lagres på privat PC, men på sykehusets forskningsserver. Video kan lagres på ekstern harddisk som oppbevares innelåst. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
4. Tidligere innsendt samtykke benyttes, dog slik at e-postadressen fjernes fra informasjonsskrivet. I og med at e-post er en usikker kommunikasjonsform, bør vi ikke



oppfordre pasienter til å kommunisere helseopplysninger på e-post. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.

5. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger skal oppbevares separat fra datamaterialet på prosjektleders avlåste kontor.
6. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
7. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
8. Data slettes eller anonymiseres 01.01.14 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen  
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Anette Engum  
personvernrådsgiver

Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet  
Stab pasientsikkerhet og kvalitet  
Oslo universitetssykehus HF

Epost: [personvern@oslo-universitetssykehus.no](mailto:personvern@oslo-universitetssykehus.no)  
Web: [www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern)



Fra: **Anette Engum** (aengum@ous-hf.no) Denne avsenderen er i kontaktlisten.

Sendt: 6. mars 2013 12:56:06

Til: 'bente abusdal' (benteabusdal@hotmail.com)

Hei,

Da er den i orden. Du må påse at PC'en du benytter er uten internetttilkobling når du jobber med disse dataene.

Lykke til med prosjektet.

Vennlig hilsen Anette Engum

**Fra:** bente abusdal [mailto:benteabusdal@hotmail.com]

**Sendt:** 6. mars 2013 11:09

**Til:** Anette Engum

**Emne:** RE: SV: "Afasi og hverdagskommunikasjon", sak nr. 2012/18863

Hei,

Takk for telefonsamtalen. Jeg sender mail for at du kan legge det ved i søknaden til prosjektet "Afasi og hverdagskommunikasjon", sak nr. 2012/18863. Vi snakket om at det tar flere måneder for meg å få tilgang til Sunnaas sin forskningsserver og at datamaterialet som jeg samler inn og skal analysere egentlig tilhører UiO siden det er der jeg skriver masteren. Pasientene er fra Sunnaas så det er derfor jeg er koblet til Sunnaas sitt prosjekt, men data jeg samler inn eies av UiO og er utenom det Sunnaas selv samler inn til sitt prosjekt.

IT-løsningen for lagring av forskningsdata på UiO nettet er i følge IT-ansvarlig et pilotprosjekt som skulle vært startet i 2012, men som ikke har kommet igang enda og de vet ikke når det vil tilgjengeliggjøres.

Sunnaas kunne låne meg en bærbar PC som de har brukt til feltarbeid, men den har som jeg nevnte på telefonen ingen Sunnaas bruker. Den eies av sykehuset, men er ikke koblet opp på sykehusets system. Som vi snakket om så gjør jeg analysen på denne PCen, men kobler av internet slik at det ikke er tilgjengelig.

mvh Bente Abusdal